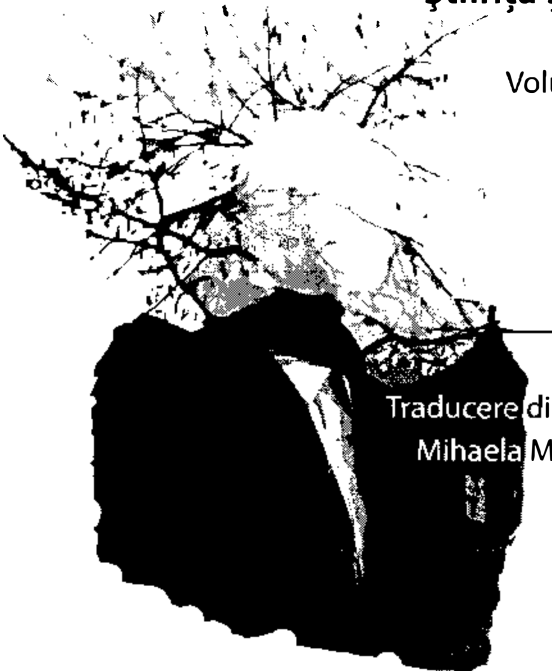
David A. Clark | Aaron T. Beck

TERAPIA COGNITIVĂ A TULBURĂRILOR DE ANXIETATE

Ştiinţa şi practica

Volumul I



Traducere din limba engleză
Mihaela Marian Mihăilaş

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
CLARK, DAVID A
Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate : știința și practica / David A. Clark, Aaron T. Beck ; trad. de Mihaela Marian Mihăilaș. - Cluj-Napoca : Editura ASCR, 2012
2 vol.
ISBN 978-606-8244-49-5
Vol. 1. - ISBN 978-606-8244-50-1
I. Beck, Aaron T
II. Marian Mihăilaș, Mihaela (trad.)
616.89-008.441

Referenți științifici | Prof.dr. Mircea Miclea, psih.princ.dr. Ștefania Miclea

Ediția în limba engleză
David A. Clark, Aaron T. Beck
Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice

THE GUILFORD PRESS
New York London

A Division of Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, New York, NY 10012
www.guilford.com

Ediția în limba română
David A. Clark, Aaron T. Beck
Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. Știința și practica

Coperta | Carolina Banc
Fotografia copertei | Ovidiu Cosac
Paginație și prepress | Rafael Oros
Lectura comparativă cu originalul | Ștefania Miclea, George Visu-Petra, Irina Pitică, Lavinia Cheie
Lectura | Diana Breaz

Pentru comenzi:
Tel.: 0364 711115
comenzi@ascred.ro
ed.ascr@gmail.com
www.ascred.ro

Pentru soția mea, Nancy, și pentru fiicele noastre, Nataschа și Christina,
cu dragoste,
pentru interesul, sprijinul și înțelegerea voastră statornică

D. A. C.

Soției mele, Phyllis,
copiilor noștri, Roy, Judy, Daniel și Alice,
și nepoților noștri,
Jodi, Sarah, Andy, Debbie, Eric, Ben, Sam și Becky,
cu drag

A. T. B.

DESPRE AUTORI

David A. Clark, PhD, este profesor de psihologie la Universitatea din New Brunswick, Canada. El a publicat şapte cărţi, printre care „Gândurile intruzive în tulburările clinice: teorie, cercetare şi tratament" (*Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research and Treatment*); „Terapia cognitiv-comportamentală în tulburarea obsesiv-compulsivă"(*Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*) şi „Bazele ştiinţifice ale teoriei cognitive şi terapia depresiei" (*Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*), precum şi peste100 de articole şi capitole tratând diverse aspecte ale teoriei cognitive, ale terapiei depresiei şi a tulburărilor de anxietate. Dr. Clark este membru al Asociaţiei Canadiene de Psihologie, membru fondator al Academiei de Terapie Cognitivă şi laureat al premiului Academiei Aaron T. Beck pentru contribuţia sa importantă şi îndelungată în terapia cognitivă. Este redactor asociat al Revistei internaţionale de terapie cognitivă (*International Journal of Cognitive Therapy*) şi lucrează în practica privată.

Aaron T. Beck, MD, este Profesor Emeritus de psihiatrie la Facultatea de Medicină a Universităţii din Pennsylvania şi fondatorul terapiei cognitive. El a publicat 21 de cărţi şi peste 540 de articole în reviste de specialitate şi reviste ştiinţifice. Dr. Beck este laureat al unor numeroase premii printre care Premiul Albert Lasker pentru Cercetare Medicală Clinică, în 2006, premiul pentru întreaga activitate din partea Asociaţiei Americane de Psihologie, în 2007, premiul pentru activitate excepţională din partea Asociaţiei Americane de Psihiatrie, în 2008, şi premiul Fundaţiei Robert J. şi Claire Pasarow pentru cercetare în neuropsihiatrie, în 2008. Este preşedintele Institutului Beck de Cercetare şi Terapie Cognitivă şi preşedinte de onoare al Academiei de Terapie Cognitivă.

PREFAȚĂ

Complexitatea problemelor pe care le impune studierea anxietății se află mereu în atenția unora dintre cei mai importanți oameni de știință, savanți și teoreticieni. În 1953 Rollo May a afirmat în „Man's Search for Himself" că „jumătatea secolului douăzeci este mai copleșită de anxietate decât oricare altă perioadă de la sfârșitul Evului Mediu încoace" (p.30). Dacă această afirmație a caracterizat secolul trecut, oare nu este ea o descriere mai potrivită pentru începutul secolului al XXI-lea, ținând cont de toate amenințările sociale, politice și economice care ne copleșesc? Cu toate că războiului rece s-a încheiat și că ne aflăm într-o perioadă de relativă stabilitate globală și de cooperare,precum și de creștere fără precedent a prosperității economice și a progresului tehnologic, o mare parte a lumii occidentale trăiește într-o stare perpetuă de amenințare și de nesiguranță. Potrivit Institutului Național de Sănătate Mentală (2003), aproximativ 40 de milioane de adulți americani (18%) suferă de o tulburare de anxietate, iar afecțiunile psihice grave, inclusiv tulburările de anxietate, provoacă pierderi de aproximativ 193 de miliarde de dolari la nivelul veniturilor individuale (Kessler și colab., 2008). Acesta este motivul pentru care găsirea unor tratamente accesibile și foarte eficace pentru tulburările de anxietate reprezintă un interes major în domeniul sănătății pentru majoritatea țărilor dezvoltate.

Acum douăzeci și cinci de ani, Aaron T. Beck a publicat împreună cu Gary Emery și Ruth Greenberg volumul *Tulburări de anxietate și fobii: o perspectivă cognitivistă*. În prima parte a cărții, Beck a introdus un model cognitiv al tulburărilor de anxietate și al fobiilor care a reprezentat o reconceptualizare semnificativă a etiologiei, a naturii și a tratamentului anxietății (Beck, Emery și Greenberg, 1985). În acel moment, cercetările legate de aspectele cognitive ale anxietății erau insuficiente; de aceea, eșafodajul teoretic trebuia să se bazeze pe observații clinice și pe experiență. Deoarece unele aspecte esențiale ale modelului cognitiv al anxietății nu fuseseră încă investigate, o parte dintre recomandările de tratament din partea a doua a cărții nu au trecut proba timpului. Totuși, ultimii 20 de ani au fost martorii unei adevărate explozii în cercetarea procesării de bază a informațiilor în modelul cognitiv al anxietății, în dezvoltarea modelelor cognitive specifice unor anumite tulburări și a protocoalelor de tratament pentru majoritatea tulburărilor de anxietate; de asemenea, s-au întreprins zeci de studii ale efectelor tratamentelor, care au demonstrat eficacitatea terapiei cognitive a anxietății. Luând în considerare progresul fără precedent înregistrat în înțelegerea și în tratamentul

fundamentului cognitiv al anxietății, era necesară o prezentare reformulată, completă și actualizată a modelului cognitiv al anxietății, astfel încât modelul să fie înțeles în contextul rezultatelor cercetării contemporane. Cartea de față încearcă să răspundă acestei cerințe. Pe lângă aceasta, noi credem că apariția unui singur volum care conține un manual de tratament complet și detaliat pentru terapia cognitivă este oportună, deoarece îi va încuraja pe clinicieni să folosească mai mult psihoterapia bazată pe dovezi clinice în tulburările de anxietate.

Această carte are trei părți. Partea I este alcătuită din patru capitole despre modelul cognitiv reformulat al anxietății și despre nivelul său empiric. Capitolul 1 prezintă diferențele dintre frică și anxietate și oferă o argumentare a alegerii perspectivei cognitiviste asupra anxietății. Capitolul 2 prezintă reformularea modelului cognitiv general al anxietății, bazat pe modelul original (Beck și colab., 1985) care a fost perfecționat mai târziu de către Beck și Clark (1997). În capitolul 2, sunt prezentate 12 ipoteze fundamentale ale modelului și vasta cercetare empirică relevantă pentru aceste ipoteze este analizată critic în capitolele 3 și 4. Analiza literaturii de specialitate a avut în vedere sute de studii efectuate în centre reprezentative de cercetare din Europa de Vest și din America de Nord, confirmând convingerea noastră că principiile de bază ale modelului cognitiv al anxietății au dobândit o bază largă de susținere empirică.

Abordarea terapeutică cognitivă a fost aplicată la o gamă largă de afecțiuni psihiatrice și de afecțiuni ale personalității. Astfel, Partea a II-a este alcătuită din trei capitole care explică modul în care sunt folosite elementele de bază ale terapiei cognitive pentru a diminua anxietatea. Capitolul 5 analizează mai multe măsurători standardizate ale simptomelor și ale cogniției anxioase, care sunt utile pentru evaluarea pacientului și a eficienței tratamentului și oferă o explicație detaliată pentru elaborarea unei formulări cognitive de caz în anxietate. Capitolele 6 și 7 descriu pas cu pas procesul de implementare a unor strategii de intervenție cognitivă și comportamentală, în scopul reducerii simptomelor anxioase. Toate aceste trei capitole cuprind ilustrări ale unor cazuri, povești terapeutice recomandate și materiale clinice care reprezintă instrumente pentru pregătirea în terapia cognitivă.

Ultima secțiune, Partea a III-a, este alcătuită din cinci capitole care prezintă adaptarea terapiei cognitive la anumite tulburări specifice: tulburarea de panică, fobia socială, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de stres posttraumatic. Am exclus fobiile specifice, deoarece studierea aspectelor cognitive ale fobiei a evoluat destul de puțin de la prezentarea din Beck și colab. (1985), iar tratamentul bazat pe expunere este considerat în continuare principala metodă de tratament pentru reducerea reacțiilor fobice. Fiecare capitol dedicat unei tulburări specifice prezintă un model cognitiv adaptat tulburării respective și o analiză a cercetării empirice, orientată către ipotezele fundamentale ale fiecărui model. În plus, capitolele oferă conceptualizări de caz specifice tulburărilor respective, precum și strategii de terapie cognitivă care vizează trăsături unice ale simptomelor fiecărei tulburări. În esență, Partea a III-a constă în cinci scurte manuale de tratament pentru tulburări complexe de anxietate.

Pentru a-i ajuta pe terapeuți să le explice pacienților conceptele și strategiile cognitive, avem în curs de elaborare un manual suplimentar de lucru cu pacientul, cu structura și tematica acestei cărți, care va oferi explicații pentru aspectele principale ale terapiei, exerciții pentru acasă și formulare pentru înregistrarea informațiilor.

Suntem îndatorați unui număr mare de experți recunoscuți în tulburările de anxietate, ale căror contribuții teoretice, cercetări inovatoare și riguroase și observații clinice precise privind intervenția terapeutică stau la baza progresului important pe care îl prezentăm în această carte. În mod deosebit, le suntem recunoscători pentru contribuțiile notabile aduse teoriei cognitive și terapiei anxietății doctorilor: Martin Antony, Jonathan Abramowitz, David Barlow, Thomas Borkovec, Brendan Bradley, Michelle Craske, David M. Clark, Meredith Coles, Michel Dugas, Edna Foa, Mark Freeston, Randy Frost, Richard Heimberg, Stefan Hofmann, Robert Leahy, Colin MacLeod, Andrew Mathews, Richard McNally, Karen Mogg, Christine Purdon, Stanley Rachman, Ronald Rapee, John Riskind, Paul Salkovskis, Norman Schmidt, Robert Steer, Gail Steketee, Steven Taylor și Adrian Wells. De asemenea, dorim să adresăm mulțumiri lui Michelle Valley, împreună cu gratitudinea noastră pentru tenacitatea și meticulozitatea muncii sale laborioase de revizuire și de validarea tuturor referințelor bibliografice, precum și foștilor sau actualilor studenți la masterat (sau doctorat), Mujgan Altin, Anna Campbell, Gemma Garcia-Soriano, Brendan Guyitt, Nicola McHale, Adriana del Palacio Gonzalez și Adrienne Wang pentru cercetările pe care le-au întreprins și pentru comentariile pertinente despre aspectele cognitive ale anxietății. De asemenea, apreciem contribuția financiară la costurile publicării oferită din Fondul pentru editare Bustweed al Universității din New Brunswick. În sfârșit, suntem recunoscători pentru încurajarea, îndrumarea, sfaturile și sprijinul personalului de la Guilford Press, în mod special lui Jim Nageotte, redactor-șef, și lui Jane Keislar, redactor-adjunct.

CUPRINS

PARTEA I

TEORIA COGNITIVĂ ŞI CERCETAREA ÎN DOMENIUL ANXIETĂŢII

Terapia cognitivă este o psihoterapie fundamentată teoretic, care se întemeiază constant pe empirismul ştiinţific. Trăsăturile sale caracteristice nu se găsesc doar într-un set de strategii de intervenţii unice, ci, mai degrabă, în conceptualizarea cognitivă a psihopatologiei şi a procesului de schimbare terapeutică. Prin urmare, articularea modelului cognitiv, precum şi derivarea ipotezelor testabile şi evaluarea lor empirică, sunt esenţiale în determinarea validităţii sale de construct. În mod similar cu organizarea anterioară a manualelor de tratament primar prin terapia cognitivă, această carte îşi îndreaptă întâi atenţia asupra bazelor teoretice şi empirice ale terapiei cognitive pentru anxietate. Capitolul 1 expune fenomenologia, trăsăturile de diagnostic şi perspectiva cognitivă asupra fricii şi asupra anxietăţii. Capitolul 2 prezintă modelul cognitiv transdiagnostic sau cadrul general reformulat al anxietăţii şi ipotezele sale, iar Capitolul 3 oferă o evaluare critică a prodigioasei literaturi experimentale relevante pentru aspecte esenţiale ale modelului cognitiv. Această secţiune se încheie cu Capitolul 4, care aduce în prim plan dovezile empirice ale vulnerabilităţii cognitive faţă de unele stări accentuate de anxietate intensă şi persistentă.

CAPITOLUL 1

ANXIETATEA
O AFECȚIUNE COMUNĂ, DAR MULTIFAȚETATĂ

Dragostea privește înainte, ura privește înapoi,
anxietatea privește în toate direcțiile.

– *MIGNON McLAUGHLIN (Jurnalist american, 1915)*

Anxietatea este ubicuă pentru condiția umană. De la începutul istoriei consemnate în scris, filozofii, liderii religioşi, oamenii de ştiinţă şi, mai recent, medicii, precum şi oameni de ştiinţă din domeniul ştiinţelor sociale şi medicale au încercat să desluşească misterele anxietății şi să elaboreze intervenții care să abordeze eficient această afecțiune răspândită şi îngrijorătoare a omenirii. Azi, mai mult decât oricând, evenimentele dezastruoase provocate de catastrofe naturale sau de acte criminale pline de cruzime, de violență sau de terorism au creat un climat social de frică şi anxietate în multe țări din lume. Catastrofele naturale - cutremurele, uraganele, tsunami-urile - au un impact negativ semnificativ asupra sănătății mentale a populațiilor afectate, atât în țările dezvoltate, cât şi în cele aflate în curs de dezvoltare, iar simptomele de anxietate şi de stres posttraumatic înregistrează creşteri substanțiale în săptămânile imediat următoare dezastrului (Norris, 2005).

În primele săptămâni după acte teroriste, după războaie sau după alte acte de violență comise pe scară largă într-o comunitate, anxietatea şi alte simptome posttraumatice ajung rapid la niveluri extrem de ridicate. La5-8 săptămâni după atacurile teroriste din 11 septembrie 2001 asupra turnurilor World Trade Center din New York, simptomele tulburării de stres posttraumatic (TSPT) s-au dublat (Galea şi colab., 2002). În urma unui sondaj realizat pe Internet (*N*=2 729), s-a constatat faptul că 17% dintre persoanele aflate în afara oraşului New York au raportat simptome ale TSPT la 2 luni după evenimentele din 11 septembrie (Silver, Holman, McIntosh, Poulin şi Gil-Rivas, 2002). În cadrul Studiului Tragediei Naționale, un sondaj telefonic realizat pe 2126 americani, s-a constatat că, la 5 luni după atacurile teroriste din11 septembrie, 30% dintre americani au declarat că au probleme

cu somnul, 27% se simțeau agitați sau încordați și 17% au relatat că erau deosebit de îngrijorați în legătură cu posibilitatea altor atacuri teroriste în viitor (Rasinski, Berktold, Smith și Albertson, 2002). Sondajul Gallup pentru adolescenți americani, realizat la 2 ani și jumătate de la evenimentele din 11 septembrie a constatat faptul că 39% dintre aceștia erau fie „foarte", fie „oarecum" îngrijorați de faptul că ei sau cineva din familia lor ar putea deveni victime ale terorismului (Lyons, 2004).Chiar dacă amenințările la scară largă au cel mai mare impact asupra morbidității psihologice a indivizilor afectați în mod direct de dezastru în săptămânile imediat următoare evenimentului traumatizant, efectele lor mai vaste sunt evidente abia după ce au trecut luni sau chiar ani de la evenimentul respectiv și se manifestă prin accentuarea stărilor de îngrijorare și de neliniște care afectează o parte importantă a populației generale.

Frica, anxietatea și îngrijorarea nu sunt, totuși, declanșate în mod exclusiv de dezastre naturale sau de alte evenimente care amenință viața indivizilor. În majoritatea cazurilor, anxietatea se dezvoltă în contextul tensiunilor fluctuante, al solicitărilor și al stresului cotidian. De fapt, tulburările de anxietate reprezintă principala problemă majoră de sănătate mintală în Statele Unite (Barlow, 2002), unde există peste 19 milioane de adulți care suferă de o tulburare de anxietate în fiecare an (Institutul Național de Sănătate Mintală, 2002). Aproximativ 12-19% dintre pacienții care apelează la medicii de familie îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru o tulburare de anxietate (Ansseau și colab., 2004; Olfson și colab., 1997). Mai mult, antidepresivele și stabilizatorii de dispoziție se află pe locul trei între cele mai prescrise clase farmaco-terapeutice, cu vânzări globale de peste 19,5 miliarde de dolari în anul 2003 (IMS, 2004).Astfel, milioane de oameni din întreaga lume duc o luptă zilnică împotriva anxietății clinice și a simptomelor sale. Aceste tulburări constituie o povară economică, socială și medicală semnificativă pentru toate țările, mai ales în cazul țărilor în curs de dezvoltare care se confruntă cu frecvente dificultăți sociale și politice și cu numeroase dezastre naturale.

Acest capitol oferă o imagine de ansamblu asupra diagnosticului, a caracteristicilor clinice și a perspectivelor teoretice cu privire la tulburările de anxietate. Începem prin a examina elementele definitorii ale anxietății și deosebirea dintre frică și anxietate. Apoi, diagnosticul de tulburare de anxietate este studiat atent din perspectiva comorbidității mai ales cu depresia și cu tulburările legate de abuzul de substanțe. O scurtă analiză a epidemiologiei, a evoluției și a consecințelor anxietății cuprinde și explicațiile biologice și comportamentale contemporane ale anxietății. Capitolul se încheie cu argumentarea validității unei perspective cognitive pentru înțelegerea tulburărilor de anxietate și a tratamentului acestora.

ANXIETATE ŞI FRICĂ

În cadrul psihologiei emoţiei există o multitudine de opinii, unele contradictorii, cu privire la natura şi la funcţia emoţiilor umane. Totuşi, toţi teoreticienii emoţiei care acceptă existenţa emoţiilor de bază enumeră şi frica printre ele (Öhman şi Wiens, 2004). Fiind parte a naturii noastre emoţionale, frica apare ca o reacţie sănătoasă, adaptativă, declanşată de percepţia unei ameninţări sau a unui pericol faţă de siguranţa şi securitatea fizică a unei persoane. Frica îi avertizează pe indivizi în legătură cu o ameninţare iminentă şi cu nevoia unei acţiuni defensive (Beck şi Greenberg, 1988; Craske, 2003). Totuşi, frica poate fi dezadaptativă atunci când apare intr-o situaţie inofensivă sau neutră, care este interpretată greşit ca fiind un pericol sau o ameninţare potenţială. Aşadar, în orice teorie a anxietăţii există două aspecte fundamentale: cum să deosebeşti frica de anxietate şi cum să faci distincţia între o reacţie normală şi una anormală.

Definirea fricii şi a anxietăţii

În limba engleză există numeroase cuvinte care denumesc experienţa subiectivă a anxietăţii, cum ar fi „spaimă", „teamă", „panică", „aprehensiune", „nelinişte",„îngrijorare", „frică", „groază" şi„teroare" (Barlow, 2002). Aceasta a dus la o confuzie considerabilă şi la utilizarea inexactă, în limbaj comun, a termenului „anxios". Totuşi, „frica" şi „anxietatea"trebuie să fie foarte clar diferenţiate în orice teorie a anxietăţii care doreşte să ofere consiliere în cercetarea şi tratamentul anxietăţii.

În volumul său de referinţă consacrat studiului tulburărilor de anxietate, Barlow (2002) a afirmat că: „frica este o alarmă primitivă ca răspuns la un pericol iminent, caracterizată printr-o stimulare puternică şi prin tendinţe de a acţiona." (p. 104). Anxietatea, pe de altă parte, a fost definită drept „o emoţie orientată către viitor, caracterizată de percepţia caracterului incontrolabil şi a imprevizibilităţii unor evenimente potenţial aversive şi de o comutare rapidă a atenţiei spre evenimente potenţial periculoase sau spre propria reacţie afectivă la aceste evenimente"(p. 104).

Beck, Emery şi Greenberg (1985) au oferit o perspectivă oarecum diferită asupra diferenţierii dintre frică şi anxietate. Ei au definit frica drept un proces cognitiv care presupune „*estimarea* că există un pericol real sau potenţial într-o situaţie dată" (1985, p. 8, aldine în versiunea originală). Anxietatea este un răspuns emoţional declanşat de frică. Astfel, frica „este estimarea pericolului: anxietatea este starea dominată de sentimentul neplăcut evocat atunci când este stimulată frica" (Beck şi colab., 1985, p. 9). Atât Barlow, cât şi Beck consideră că frica este un construct fundamental distinct, în timp ce anxietatea este un răspuns subiectiv mai general. Beck şi colab. (1985) subliniază natura cognitivă a fricii, iar Barlow (2002) se concentrează asupra trăsăturilor neurobiologice şi comportamentale cu caracter automat ale constructului. Pe baza acestor consideraţii, oferim următoarele definiţii ale fricii şi ale anxietăţii, pentru a servi drept ghid în terapia cognitivă.

Instrucțiuni pentru clinician 1.1

Frica este o stare neurofiziologică primitivă automată de alarmare, care presupune **estimarea cognitivă** a unei amenințări iminente sau a unui pericol iminent, pentru siguranța şi securitatea unui individ.

Instrucțiuni pentru clinician 1.2

Anxietatea este un sistem complex, de reacții cognitive, afective, fiziologice şi comportamentale (adică **modul amenințării**), care este activat atunci când evenimentele sau circumstanțele anticipate sunt considerate deosebit de aversive, deoarece sunt percepute ca evenimente imprevizibile, incontrolabile care pot amenința interesele vitale ale unui individ.

Pe baza acestor definiții se pot formula câteva observații. Identificată ca evaluare automată primară a pericolului, frica este procesul esențial în toate tulburările de anxietate. Ea este evidentă în atacurile de panică şi în crizele anxioase acute descrise de pacienți în anumite situații specifice. Anxietatea, pe de altă parte, descrie o stare de amenințare mai persistentă sau o „aprehensiune anxioasă" care, pe lângă frică, include şi alți factori cognitivi, precum: aversivitatea percepută, caracterul incontrolabil, incertitudinea, vulnerabilitatea, (neajutorarea) şi incapacitatea de a obține rezultatele dorite (vezi Barlow, 2002). Atât anxietatea, cât şi frica implică o orientare spre viitor, astfel încât întrebările predominante sunt cele de tipul „ce s-ar întâmpla dacă?" (de exemplu, „Ce s-ar întâmpla dacă aş da greş la acest interviu?", „Ce se va întâmpla dacă nu-mi voi mai aduce aminte nimic în timpul discursului?", „Ce se va întâmpla dacă palpitațiile îmi vor provoca un atac de cord?").

Cazul pacientului Bill ilustrează în mod edificator diferența dintre frică şi anxietate. Bill suferă de o tulburare obsesiv-compulsivă (TOC) provocată de frica de contaminare şi, prin urmare, se spală în mod compulsiv. Bill este exagerat de vigilent în ceea ce priveşte posibilitatea de a intra în contact cu contaminanți „periculoşi" şi evită multe lucruri pe care le percepe ca fiind posibili contaminanți. El este într-o stare continuă de agitație maximă, iar la nivel subiectiv se simte neliniştit şi aprehensiv din cauza îngrijorărilor recurente privind contaminarea (de exemplu, „Ce se va întâmpla dacă mă contaminez?"). Această stare cognitiv-comportamental-fiziologică caracterizează anxietatea. Dacă Bill atinge un obiect murdar (de exemplu, mânerul uşii dintr-o clădire publică), el simte rapid frica,ceea ce înseamnă percepția unui pericol iminent (de exemplu, „Am atins acest mâner murdar. Poate că l-a atins recent un pacient care are cancer. Aş putea să mă molipsesc de cancer şi să mor".) Aşadar, descriem reacția imediată a lui Bill la atingerea mânerului uşii ca „frică", dar starea lui afectivă negativă aproape continuă este descrisă ca „anxietate." Prin urmare, anxietatea constituie o problemă mai îngrijorătoare pentru indivizii care apelează la tratament, acuzând o stare intensă de „nelinişte" sau de agitație, care le provoacă suferință şi care are o influență negativă asupra existenței lor zilnice. În consecință, anxietatea şi tratamentul său constituie punctul de interes în acest volum.

Normal versus anormal

Ar fi foarte dificil să găsim pe cineva care nu a simțit frica sau care nu s-a simțit anxios/ anxioasă în legătură cu un eveniment iminent. Frica are o funcție adaptativă care este decisivă pentru supraviețuirea speciei umane, prin avertizarea şi pregătirea organismului pentru a reacționa la pericole şi la situații de urgență care amenință viața (Barlow, 2002; Beck şi colab., 1985). Mai mult, frica este foarte frecventă în copilărie, iar simptomele uşoare de anxietate (de exemplu, atacurile de panică ocazionale, îngrijorarea, anxietatea socială) se raportează în mod frecvent în rândul populației adulte (a se vedea Craske, 2003, pentru o trecere în revistă). Aşadar, cum putem distinge frica anormală de cea normală? În ce moment anxietatea devine excesivă sau atât de dezadaptativă, încât să fie necesară intervenția clinică?

Noi propunem cinci criterii care pot fi folosite pentru a identifica stările anormale de frică şi de anxietate. Nu este obligatoriu ca toate aceste criterii să fie prezente într-un anumit caz, dar este de aşteptat ca multe dintre aceste caracteristici să fie prezente în stările de anxietate clinică.

1. *Cogniție disfuncțională.* Un principiu esențial al teoriei cognitive a anxietății este acela că frica şi anxietatea anormale provin dintr-o presupunere falsă, care implică o estimare eronată a pericolului, într-o situație în care acesta nu este confirmat prin observație directă (Beck şi colab.,1985). Activarea convingerilor (schemelor cognitive) disfuncționale despre amenințare şi erorile de procesare cognitivă asociate conduc la apariția unei frici puternice şi exagerate, care este în discordanță cu realitatea obiectivă a situației.

De exemplu, imaginea unui Rotweiller scăpat de sub control, îndreptându-se spre tine, pe un drum de țară pustiu, arătându-şi colții şi cu părul de pe spate ridicat, probabil ar determina gândul „Sunt în mare pericol de a fi atacat; aş face bine să dispar repede de aici." Frica simțită în această situație este perfect normală, deoarece implică o deducție rezonabilă bazată pe o observare exactă a situației. Pe de altă parte, anxietatea provocată de apariția unui pudel ca de jucărie, ținut în lesă de stăpân, este anormală: este activat modul amenințării (de exemplu, „Sunt în pericol"), chiar dacă observația directă indică o situație „neamenințătoare". În acest al doilea caz, am putea presupune că persoana respectivă are o fobie specifică de animale.

2. *Funcționare deteriorată.* Anxietatea clinică interferează direct cu coping-ul adaptativ şi eficient în fața unei amenințări percepute, iar la nivel general, în funcționarea socială şi ocupațională a unei persoane. Sunt cazuri în care activarea fricii la o persoană o face să simtă că „îngheață", „paralizează" în fața pericolului (Beck şi colab., 1985). Barlow (2002) observă că supraviețuitorii unui viol adesea raportează episoade de paralizie fizică într-un un anumit moment din timpul atacului. În alte cazuri, frica şi anxietatea pot să ducă la un răspuns contraproductiv, care, de fapt, creşte riscul de vătămare sau de expunere la pericol. De exemplu, o femeie care se simte anxioasă când trebuie să conducă maşina, după ce a fost implicată într-un accident cu coliziune din spate, verifică mereu oglinda retrovizoare şi, astfel, nu acordă destulă atenție

traficului din fața ei, făcând în felul acesta să crească probabilitatea ca ea să provoace chiar accidentul de care se temea.

Este, de asemenea, cunoscut faptul că frica și anxietatea clinice diminuează, de obicei, capacitatea unei persoane de a duce o viață productivă și satisfăcătoare. În consecință, în *Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale* (DSM-IV-TR; Asociația Americană de Psihiatrie [APA], 2000),distresul puternic sau „interferența semnificativă cu programul normal, cu activitatea ocupațională (sau academică), cu funcționarea sau cu activitățile sociale, cu relațiile unei persoane" (p. 449) este unul dintre criteriile principale de diagnostic pentru majoritatea tulburărilor de anxietate.

3. *Persistența*. În stările clinice, anxietatea persistă mult mai mult decât este estimat în condiții normale. Trebuie să reamintim faptul că anxietatea se caracterizează printr-o o perspectivă orientată spre viitor, care implică anticiparea unei amenințări sau a unui pericol (Barlow, 2002). Prin urmare, persoana suferind de anxietate clinică poate să simtă o stare de aprehensiune subiectivă intensă doar gândindu-se la probabilitatea unei amenințări iminente, indiferent dacă, în cele din urmă, aceasta se materializează sau nu. Astfel, se întâmplă deseori ca indivizii predispuși la anxietate să trăiască stări de anxietate puternică în fiecare zi, timp de mulți ani.

4. *Alarme false*. În tulburările de anxietate se întâlnesc frecvent cazurile de alarmă falsă, pe care Barlow (2002) le definește ca fiind „frică sau panică puternică[care] apare în absența oricărui stimul pentru o amenințare fatală, învățat sau neînvățat" (p. 220). Un atac de panică spontan sau care nu a fost precedat de vreun indiciu este un exemplu foarte bun de „alarmă falsă." Prezența atacurilor de panică sau de frică intensă, în absența unor indici ai amenințării sau în cazul provocării unei amenințări minime, sugerează o stare clinică.

5. *Hipersensibilitatea la stimuli*. Frica este „un răspuns de evitare declanșat de un stimul" (Öhman și Wiens, 2004, p. 72) față de un indiciu intern sau extern, care este perceput ca o amenințare potențială. Totuși, în stările clinice, frica este provocată de o gamă mai largă de stimuli sau de situații de o intensitate relativ redusă, pe care un individ care nu se teme le-ar percepe ca situații inofensive (Beck și Greenberg, 1988). De exemplu, cei mai mulți oameni s-ar apropia cu precauție de un păianjen cu pânza în formă de pâlnie din Sydney, al cărui venin este letal pentru om. Pe de altă parte, un pacient care suferă de arahnofobie a fost trimis la cabinetul nostru, pentru că suferea de anxietate puternică și avea chiar atacuri de panică, atunci când observa o pânză produsă de cel mai mic și mai inofensiv păianjen de casă canadian. În mod clar, numărul de stimuli în legătură cu păianjenii care produc o reacție de frică la individul fobic este mult mai mare decât cel care ar provoca frică indivizilor care nu sunt fobici. În același fel, indivizii suferind de o tulburare de anxietate ar interpreta o paletă mai largă de situații ca fiind amenințătoare, în comparație cu indivizii care nu suferă de o tulburare de anxietate. Instrucțiunile pentru clinician 1.3 prezintă cinci întrebări pentru a

determina dacă manifestarea fricii sau a anxietății unei persoane este suficient de exagerată şi de predominantă,astfel încât aceasta să aibă nevoie de o evaluare, de un diagnostic şi, eventual, de tratament.

Instrucțiuni pentru clinician 1.3

1. Este frica sau anxietatea bazată pe o presupunere falsă sau pe un raționament greşit privind potențialul de amenințare sau de pericol în situații relevante?

2. Frica sau anxietatea interferează cu abilitatea unei persoane de a face față anumitor situații aversive sau dificile?
3. Este anxietatea prezentă o perioadă mai îndelungată?

4. Se întâmplă ca individul să se confrunte cu alarme false sau să sufere atacuri de panică?

5. Este frica sau anxietatea activată de situații foarte de variate, cu un potențial de amenințare relativ redus?

ANXIETATEA ŞI PROBLEMA COMORBIDITĂȚII

În ultimele decenii, cercetarea clinică a anxietății a recunoscut faptul că vechiul termen de „nevroză anxioasă" avea o valoare euristică limitată. Acum, în majoritatea teoriilor şi a studiilor care cercetează anxietatea, se recunoaşte existența mai multor subtipuri specifice de anxietate grupate sub termenul generic de „tulburări de anxietate." Chiar dacă aceste tulburări de anxietate specifice au anumite trăsături comune, cum ar fi activarea fricii pentru a detecta şi pentru a evita amenințarea (Craske, 2003), există între ele diferențe importante cu implicații pentru tratament. De aceea, volumul de față, la fel ca majoritatea perspectivelor contemporane, se concentrează asupra tulburărilor de anxietate specifice şi nu consideră anxietatea clinică o entitate omogenă unică. Tabelul 1.1 prezintă amenințarea principală şi evaluarea cognitivă asociate fiecăreia dintre cele cinci tulburări de anxietate din DSM-IV-TR discutate în această carte (pentru un rezumat similar, a se vedea Dozois şi Westra, 2004).

Sistemele de clasificare psihiatrică, asemeni DSM-IV, presupun că tulburările mentale, cum este cazul anxietății, cuprind mai multe subtipuri de tulburări specifice, delimitate prin diagnostic, care diferențiază în mod clar un tip de tulburare față de altul. Totuşi, multe dintre cercetările din domeniul epidemiologiei, al diagnosticului şi al simptomatologiei pun în discuție această abordare categorială a clasificării psihiatrice, oferind argumente mult mai solide în favoarea naturii dimensionale a tulburărilor psihiatrice precum anxietatea şi depresia (de exemplu, Melzer, Tom, Brugha, Fryers şi Meltzer, 2002; Ruscio, Borkovec şi Ruscio, 2001; Ruscio, Ruscio şi Keane, 2002).

Una dintre cele mai puternice provocări la adresa abordării categoriale este dovada unei comorbidității importante a simptomatologiei şi a tulburărilor, atât în cazul anxietății, cât şi în cazul depresiei - cu alte cuvinte, co-ocurența transversală a uneia sau a mai multor tulburări la acelaşi individ (Clark, Beck şi Alford, 1999). Doar 21% dintre respondenții cu un istoric al bolii pe tot parcursul vieții sufereau de o singură tulburare, conform Sondajului Național privind Comorbiditatea (*National Comorbidity Survey - NCS*; Kessler şi colab.,1994,),un studiu epidemiologic al tulburărilor mentale realizat de Institutul Național de Sănătate Mintală (*National Institute of Mental Health - NIMH*), pe un eşantion reprezentativ la nivel național şi alcătuit aleatoriu din 8098 americani, cărora le-a fost administrat Interviul clinic structurat pentru DSM-III-R. Conform unui eşantion de 1694 de pacienți tratați ambulatoriu la Centrul de Terapie Cognitivă din Philadelphia, evaluați între ianuarie 1986 şi octombrie 1992, doar 10,5% dintre cei suferind de o tulburare primară de afectivitate şi 17,8% dintre cei suferind de tulburarea de panică (cu sau fără evitare agorafobică) au avut un „diagnostic pur", fără comorbiditate de pe Axele I sau II (Somoza, Steer, Beck şi Clark, 1994). În mod clar, comorbiditatea reprezintă mai degrabă norma decât excepția în diagnostic, şi anume *prognosticul de comorbiditate*, în care o tulburare predispune un individ la dezvoltarea altor tulburări (Maser şi Cloninger, 1990), fiind la fel de important în ceea ce priveşte patogeneza afecțiunilor psihiatrice.

TABELUL 1.1. Caracteristicile principale ale celor cinci tulburări de anxietate din DSM-IV-TR

Tulburare de anxietate	Stimul amenințător	Evaluare principală
Tulburarea de panică (cu sau fără agorafobie)	Senzații fizice, corporale	Frica de moarte („atac de cord"), de pierderea controlului („a înnebuni") sau de pierderea cunoştinței (leşin), frica de a avea alte atacuri de panică
Tulburarea de anxietate generalizată (TAG)	Evenimente stresante de viață sau alte necazuri personale	Frica de posibile consecințe negative sau amenințătoare pentru viață
Fobia socială	Situații sociale, publice	Frica de a fi evaluat negativ de către ceilalți (de ex., jenă, umilință)
Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC)	Gânduri intruzive, imagini sau impulsuri inacceptabile	Frica de a pierde controlul mental sau comportamental sau de a fi, în vreun fel, responsabil de consecințe negative asupra propriei persoane sau asupra altora
Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT)	Amintiri, senzații, stimuli externi asociați cu experiențe traumatizante din trecut	Frica de gânduri, amintiri, simptome sau stimuli asociați cu evenimentul traumatizant

Numeroase stări clinice au prezentat o frecvență ridicată a comorbidității între tulburările de anxietate. De exemplu, într-un studiu efectuat pe un eşantion mare de pacienți neinstituționalizați (N=1127) s-a constatat că două treimi dintre pacienții suferind de o tulburare de anxietate sufereau de încă o tulburare de pe Axa I şi peste trei sferturi au avut pe tot parcursul vieții un diagnostic de tulburări comorbide (Brown, Campbell, Lehman, Grisham şi Mancill, 2001). De aceea, este mai degrabă previzibil decât întâmplător ca indivizii diagnosticați cu o tulburare de anxietate să sufere de cel puțin încă una sau chiar mai multe tulburări (Brown şi colab., 2001).

Depresia comorbidă

Tulburările de anxietate sunt însoțite cu precădere de anumite tulburări specifice. O mare parte a cercetărilor privind comorbiditatea s-a concentrat asupra relației dintre anxietate şi depresie. Aproximativ 55% dintre pacienții suferind de o tulburare de anxietate sau de o tulburare depresivă suferă de cel puțin încă o tulburare de anxietate sau de o tulburare depresivă şi acest procent creşte semnificativ la 76% când se iau în considerare diagnosticele stabilite pe tot parcursul vieții (Brown şi Barlow, 2002). În studiul *Epidemiologic Catchment Area* (ECA, Zona epidemiologică de contaminare),s-a constatat că indivizii cu o depresie majoră erau de 9 până la 19 ori mai predispuşi să aibă o tulburare coexistentă de anxietate decât indivizii fără depresie majoră (Regier, Burke şi Burke, 1990). Cinzeci şi unu la sută dintre cazurile de tulburare de anxietate din NCS sufereau de o tulburare de depresie majoră, iar în cazul diagnosticelor stabilite pe tot parcursul vieții, procentul a crescut la 58% (Kessler şi colab., 1996). În plus, este mai probabil ca tulburările de anxietate să preceadă tulburările depresive decât invers, deşi forța acestei asociații secvențiale variază în funcție de tulburările de anxietate specifice (Alloy, Kelly, Mineka şi Clements, 1990; Mineka, Watson şi Clark, 1998; Schatzberg, Samson, Rothschild, Bond şi Regier, 1998). Rezultatele sondajelor ulterioare consemnate în studiul ECA au indicat faptul că fobia simplă, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), agorafobia şi atacurile de panică au fost asociate cu un risc crescut pentru depresie majoră, 12 luni mai târziu (Goodwin, 2002).

Cercetarea asupra comorbidității are implicații clinice importante în tratarea tuturor tulburărilor psihologice. Depresia clinică comorbidă cu o tulburare de anxietate este asociată cu un parcurs mai persistent al tulburării, cu o severitate mai mare a simptomelor, cu o limitare sau cu o incapacitate funcțională mai mare (Hunt, Slade şi Andrews, 2004; Kessler şi Frank, 1997; Kessler şi colab., 1996; Olfson şi colab., 1997; Roy-Byrne şi colab., 2000). În plus, tulburările de anxietate cu o depresie comorbidă răspund mai slab la tratament, au rate de recidivă şi de recurență mai mari şi solicită mai mult serviciile medicale decât cazurile de anxietate pură (Mineka şi colab., 1998; Roy-Byrne şi colab., 2000; Tylee, 2000).

Consumul comorbid de substanțe

Tulburările legate de consumul de substanțe, în special de consumul de alcool, sunt o altă categorie de afecțiuni asociate tulburărilor de anxietate. În analiza lor, Kushner, Abrams și Borchardt (2000) au ajuns la concluzia că prezența unei tulburări de anxietate (în afara fobiei simple) dublează sau cvadruplează riscul pentru dependența de alcool sau de droguri, deoarece anxietatea precedă în mod frecvent tulburarea legată de consumul de alcool și o întreține, chiar dacă, la rândul său, abuzul de alcool poate să conducă la anxietate. Chiar și la un nivel de diagnostic preclinic, indivizii suferind de anxietate sunt mai predispuși să consume droguri și alcool, decât indivizii din grupurile nonclinice, de control (Sbrana și colab., 2005).

Este evident faptul că există o relație specială între tulburările legate de consumul de alcool și anxietate. În comparație cu tulburările de dispoziție afectivă, tulburările de anxietate preced mai des o tulburare de consum de substanțe (Merikangas și colab., 1998), ceea ce duce la presupunerea că indivizii anxioși „se autotratează" cu alcool. Totuși, această supoziție privind „autotratamentul" a fost infirmată de un studiu prospectiv de 7 ani, care a demonstrat că probabilitatea ca dependența de alcool să crească riscul apariției ulterioare a unei tulburări de anxietate era aceeași cu secvențialitatea opusă a relației (Kushner, Sher și Erickson, 1999). Kushner și colegii săi au tras concluzia că problemele legate de anxietate și de alcoolism ar putea să se influențeze reciproc și să interacționeze, ceea ce are ca rezultat accentuarea ambelor probleme (Kushner, Sher și Beitman, 1990; Kushner și colab., 2000). Rezultatul final poate să fie o „spirală autodistructivă descendentă", care să ducă la sentimente de neajutorare, la depresie și la un risc crescut de suicid (Barlow, 2002).

Comorbiditatea dintre tulburările de anxietate

Prezența unei tulburări de anxietate crește în mod semnificativ probabilitatea de a avea una sau mai multe tulburări de anxietate asociate. De fapt, tulburările de anxietate pure sunt mai puțin frecvente decât anxietatea comorbidă. În amplul lor studiu clinic, Brown, DiNardo, Lehmann și Campbell (2001) au constatat că procentul de comorbiditate cu o altă tulburare de anxietate a variat între27% pentru fobia specifică și 62% pentru tulburarea de stres posttraumatic (TSPT). Tulburarea de anxietate generalizată (TAG) a fost cea mai frecvent întâlnită tulburare de anxietate secundară, urmată de fobia socială. În cazul TSPT, care a avut cea mai mare rată de comorbiditate cu o altă tulburare de anxietate, tulburarea de panică și TAG au fost cele mai frecvente tulburări de anxietate secundare. Fobia socială și TAG preced în general multe dintre celelalte tulburări de anxietate. Analiza diagnosticelor stabilite pe tot parcursul vieții a relevat o rată și mai ridicată de apariție a unei tulburări de anxietate secundare.

Instrucțiuni pentru clinician 1.4

O conceptualizare a cazului în anxietate trebuie să cuprindă o evaluare amplă pentru stabilirea diagnosticului, care presupune investigarea afecțiunilor comorbide, în special depresia majoră, abuzul de alcool și alte tulburări de anxietate.

PREVALENȚA, EVOLUȚIA ȘI EFECTELE ANXIETĂȚII

Prevalența

Tulburările de anxietate sunt forma cea mai răspândită de tulburare psihologică (Kessler, Chiu, Demler și Walters, 2005). Studiile epidemiologice efectuate pe eșantioane din comunitatea adultă sunt în concordanță în ceea ce privește o rată de prevalență pe parcursul vieții de 25-30% pentru cel puțin o tulburare de anxietate. De exemplu, în SNC (Studiul național pentru comorbiditate), prevalența pe durata unui an pentru orice tulburare de anxietate a fost de 17,2%, comparativ cu 11,3% pentru orice abuz/dependență de substanțe și cu 11,3% pentru orice tulburare de dispoziție afectivă (Kessler și colab., 1994.). Prevalența estimată de SNC, pe parcursul vieții, care include toate persoanele care au suferit vreodată de o tulburare de anxietate, a fost 24,9%, dar s-ar putea ca procentul să fie mai mare, deoarece TOC nu a fost evaluată. Într-o variantă recentă a SNC (SNC-R), efectuat pe un eșantion de respondenți reprezentativ la nivel național (*N*=9282), intervievați între 2001 și 2003, procentul reprezentând prevalența într-o perioadă limitată de 12 luni pentru orice tulburare de anxietate a fost de 18,1%, iar prevalența estimată pe parcursul vieții a fost de 28,8%; aceste rezultate sunt foarte asemănătoare cu primul SNC (Kessler și colab, 2005;Kessler, Berglund, Demler, Robertson și Walters, 2005).

Sondaje naționale efectuate în alte țări occidentale precum Australia, Marea Britanie și Canada au semnalat, de asemenea, frecvența ridicată a tulburărilor de anxietate în populația generală, deși nivelurile reale de prevalență variază ușor de la un studiu la altul, deoarece s-au folosit diferite metodologii de intervievare, criterii pentru stabilirea diagnosticului, precum și alți factori legați de designul studiilor (Andrews, Henderson și Hall, 2001; Jenkins și colab., 1997; Sondajul privind sănătatea comunității canadiene - *Canadian Community Health Survey*, 2003). Programul pentru sondaje privind sănătatea mintală în lume (*The World Mental Health Survey Initiative*), derulat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), a constatat că anxietatea este tulburarea cel mai des întâlnită în toate țările, cu excepția Ucrainei (7,1%), cu o prevalență anuală variind între 2,4% în Shanghai, China și 18,2% în Statele Unite ale Americii (OMS, World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Tulburările de anxietate sunt frecvente și în copilărie și adolescență, cu rate de prevalență de durata a 6 luni, care variază între 6% și 17% (Breton și colab., 1999;. Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo și Pagani, 2001). Cele mai

frecvente tulburări sunt fobia specifică, TAG şi anxietatea de separare (Breton şi colab., 1999; Whitaker şi colab., 1990). Incidența unor tulburări, cum ar fi fobia socială, tulburarea de panică şi anxietatea generalizată, creşte în mod semnificativ în timpul adolescenței, în timp ce altele, cum ar fi anxietatea de separare, înregistrează o scădere a numărului de cazuri (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler şi Angold, 2003; Kashani şi Orvaschel, 1990). La fete, incidența tulburărilor de anxietate este mai mare decât la băieți (Breton şi colab., 1999; Costello şi colab., 2003; Romano şi colab., 2001), comorbiditatea între anxietate şi depresie este ridicată (Costello şi colab., 2003) şi tulburările de anxietate care apar în perioada copilăriei şi a adolescenței adesea persistă până la debutul maturității (Newman şi colab., 1996.).

Indivizii care suferă de tulburări de anxietate se prezintă de multe ori întâi la medicii de familie din cauza unor simptome fizice inexplicabile, cum ar fi dureri toracice care nu sunt de natură cardiacă, palpitații, leşin, sindrom de colon iritabil, vertij şi amețeli. Aceste suferințe pot reflecta o stare de anxietate, cum ar fi tulburarea de panică (a se vedea Barlow, 2002). În plus, numărul pacienților suferind de tulburări de anxietate care solicită asistență medicală este disproporționat. Studiile privind îngrijirea primară a pacienților atestă faptul că doar 10-20% dintre ei suferă de o tulburare de anxietate diagnosticabilă (Ansseau şi colab., 2004; Olfson şi colab., 1997, 2000; Sartorius, Ustun, Lecrubier şi Wittchen, 1996; Vazquez-Barquero şi colab., 1997). Sleath şi Rubin (2002) au constatat că anxietatea a fost menționată în 30% dintre vizitele la o clinică universitară care oferea servicii de medicină de familie. Prin urmare, tulburările de anxietate reprezintă o povară considerabilă pentru resursele serviciilor medicale.

Un procent mare din populația adultă prezintă simptome ocazionale sau uşoare de anxietate. Este dovedit faptul că indivizii care au atacuri de panică, tulburări de somn sau au preocupări obsesionale care nu sunt suficient de frecvente sau de intense pentru a întruni criteriile pentru un diagnostic (adică forme subclinice) sau au o sensibilitate crescută la anxietate prezintă un risc crescut de a dezvolta o tulburare de anxietate manifestă (a se vedea Craske, 2003). Îngrijorarea, caracteristica esențială a TAG, este starea pe care o descriu majoritatea persoanelor din eşantioanele nonclinice care îşi exprimă neliniştea cu privire la probleme referitoare la muncă (sau şcoală), la situația financiară, la familie şi alte teme similare (de exemplu, Borkovec, Shadick şi Hopkins, 1991; Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur şi Dugas, 2001; Tallis, Eysenck şi Mathews, 1992; Wells şi Morrison, 1994). 27% dintre femeile britanice şi 20% dintre bărbații britanici suferă de tulburări de somn (Jenkins şi colab., 1997). Conform Sondajului Fundației Naționale pentru Studiul Somnului (*National Sleep Fundation Survey*) efectuat în Statele Unite în 1991, 36% dintre participanți sufereau de insomnii ocazionale sau cronice (Ancoli-Israel şi Roth, 1999). Alte studii indică faptul că 11-33% dintre studenții din eşantioanele nonclinice şi adulții din populația generală au suferit cel puțin un atac de panică în anul precedent (Malan, Norton şi Cox, 1990; Salge, J.G. Beck şi Logan, 1988; Wilson şi colab., 1992). Prin urmare, simptomele anxietății şi tulburările de anxietate sunt probleme răspândite care afectează starea fizică şi emoțională a unui număr semnificativ de persoane din populația generală.

Instrucțiuni pentru clinician 1.5

Având în vedere rata ridicată a tulburărilor și a simptomelor de anxietate la nivelul populației generale, evaluarea clinică trebuie să cuprindă menționarea frecvenței și a intensității simptomelor, precum și măsurători care să permită diagnosticul diferențial între tulburări.

Diferențele de gen

Majoritatea tulburărilor de anxietate au o incidență mult mai mare în cazul femeilor, comparativ cu bărbații (Craske, 2003); TOC ar putea fio excepție, deoarece, în cazul în cazul acesta, ratele sunt aproximativ egale (a se vedea Clark, 2004). La femeile participante în SNC s-a constatat o prevalență de 30,5% a diagnosticului pentru orice tulburare de anxietate pe toată durata vieții, în comparație cu 19,5%, în cazul bărbaților (Kessler și colab., 1994). Alte studii efectuate pe comunități, precum și studii epidemiologice au confirmat, în general, un raport de 2:1 între femei și bărbați, în ceea ce privește prevalența tulburărilor de anxietate (de exemplu, Andrews și colab., 2001; Jenkins și colab., 1997; Olfson și colab., 2000; Vazquez-Barquero și colab., 1997). Din moment ce aceste diferențe de gen au fost constatate în sondajele efectuate pe comunități, preponderența tulburărilor de anxietate la femei nu poate fi atribuită unei utilizări mai frecvente a serviciilor de sănătate mintală. Într-o analiză critică a cercetării privind diferențele de gen în tulburările de anxietate, Craske (2003) a ajuns la concluzia că femeile pot fi mult mai expuse tulburărilor de anxietate din cauza unei vulnerabilități mai mari, cum ar fi (1) afectivitate negativă mai crescută; (2) modele diferențiale de socializare, în care fetele sunt încurajate să fie mai dependente, prosociale, empatice, dar mai puțin asertive și mai puțin capabile să controleze problemele cotidiene; (3) anxietate mai predominantă, exprimată prin reacții anxioase mai puțin discriminative și mai suprageneralizate; (4) sensibilitate crescută la semnale cunoscute de amenințare și la indicii contextuale amenințătoare și/sau (5) tendința de a se implica mai mult în evitare, în îngrijorare și în ruminație despre amenințări potențiale.

Diferențe culturale

Frica și anxietatea există în toate culturile, dar manifestarea lor subiectivă este modelată de factori culturali specifici (Barlow, 2002). Compararea prevalenței anxietății în contexte culturale diferite este complicată, deoarece sistemul nostru standard de clasificare a diagnosticelor, DSM-IV-TR (APA, 2000), se bazează pe conceptualizările și pe experiențele privind anxietatea în cultura americană, care, în alte culturi, s-ar putea să nu confere validitate diagnosticului (van Ommeren, 2002). Capacitatea de a formula generalizări transculturale nu este neapărat facilitată prin utilizarea clasificării formulate de OMS pentru tulburările de anxietate – Clasificarea Internațională a Bolilor, ediția a zecea revizuită (ICD-10), deoarece perspectiva europeană influențată

de experiența apuseană este predominantă (Organizația Mondială a Sănătății, 1992). Astfel, metodele noastre standard de diagnosticare și de evaluare a anxietății ar putea sublinia în mod exagerat unele aspecte ale anxietății care sunt predominante în experiența vest-europeană, omițând expresii semnificative ale anxietății specifice altor culturi.

Într-una dintre analizele sale, Barlow (2002) ajunge la concluzia că aprehensiunea, îngrijorarea, teama și activarea somatică sunt frecvente în toate culturile. De exemplu, în urma unui sondaj amplu realizat pe o comunitate de 35014 de iranieni adulți, s-a constatat că 20,8% prezentau simptome de anxietate (Noorbala, Bagheri-Yazdi, Yasamy și Mohammad, 2004). Chiar și în regiuni rurale sau muntoase izolate din țări în curs de dezvoltare, unde facilitățile industriale moderne și stresul sunt minime, incidența anxietății și a tulburărilor de panică este similară cu cea raportată în sondajele efectuate în comunitățile apusene (Mumford, Nazir, Jilani și YarBaig, 1996). Cu toate acestea, țările au rate diferite ale tulburărilor de anxietate la nivelul populației. În urma sondajelor efectuate de OMS asupra sănătății mintale la nivel mondial, s-a constatat faptul că, pe durata unui an, prevalența tulburărilor de anxietate evaluate conform DSM-IV a variat de la 2,4%, 3,2%, și 3,3% în Shanghai, Beijing și, respectiv, Nigeria, la 11,2%, 12%, și 18,2% în Liban, Franța și Statele Unite (Departamentul OMS pentru sondaje privind sănătatea mentală, 2004). Această diferență semnificativă între ratele de prevalență vine în sprijinul ideii că, probabil, cultura este aceea care influențează incidența reală a tulburărilor de anxietate pe plan mondial, deși trebuie să luăm în considerare și diferențele metodologice dintre regiuni, ca explicație alternativă pentru aceste deosebiri.

Există dovezi substanțiale ale faptului că, într-adevăr, cultura joacă un rol important în exprimarea simptomelor de anxietate. Barlow (2002) a remarcat faptul că simptomele somatice apar mai pregnant în tulburările afective înregistrate în majoritatea țărilor care nu au cunoscut influența vest-europeană. Tabelul 1.2 prezintă un număr de sindroame specifice unor anumite culturi, care au o componentă anxioasă semnificativă.

Instrucțiuni pentru clinician 1.6

Evaluarea anxietății ar trebui să ia în considerare cultura și mediul social/familial al individului, precum și influența acestora asupra dezvoltării și asupra manifestării subiective a anxietății.

Persistența și evoluția

Spre deosebire de depresia majoră, tulburările de anxietate sunt adeseori cronice pe parcursul mai multor ani, cu remisie relativ scăzută, dar cu rate de recidivă mai variabile după recuperarea completă (Barlow, 2002). Programul de cercetare a tulburării de anxietate Harvard-Brown (HARP), un studiu prospectiv de 8 ani, a constatat că doar o treime până la o jumătate

dintre pacienții suferind de fobie socială, TAG sau de tulburare de panică au ajuns la remisia completă (Yonkers, Bruce, Dyck și Keller, 2003).[1]

Studiul de cohortă Zurich (*The Zurich Cohort Study*) a constatat faptul că aproape 50% dintre persoanele suferind de o tulburare de anxietate inițială au dezvoltat mai târziu depresie sau depresie comorbidă cu anxietate, în perioada scursă până la consultul efectuat după 15 ani (Merikangas și colab., 2003). În urma unui studiu longitudinal olandez, efectuat pe 3107 de persoane vârstnice, s-a constatat că 23% dintre subiecții cu o tulburare de anxietate inițială conform DSM-III îndeplineau criteriile de diagnostic chiar și 6 ani mai târziu, în timp ce un procent de 47% sufereau de anxietate subclinică (Schuurmans și colab., 2005). Este evident că tulburările de anxietate persistă timp de mulți ani, dacă nu sunt tratate (Craske, 2003). Având în vedere faptul că majoritatea acestor tulburări debutează în copilărie și în adolescență (Newman și colab., 1996), natura cronică a anxietății este o componentă semnificativă a caracterului copleșitor al acestei boli.

TABELUL 1.2. Sindroame diferențiate cultural, în care simptomele anxioase joacă un rol proeminent

Denumire sindrom	Descriere	Țară
dhat	Anxietate severă cu privire la pierderea de spermă prin poluții nocturne, prin urinare sau masturbare. (Sumathipala, Siribaddana și Bhugra, 2004)	Bărbați din India, Sri Lanka, China
koro	Teama bruscă și intensă, a unui individ că organele sale sexuale se vor retrage în abdomen, provocându-i în cele din urmă moartea. (APA, 2000)	Apare, în principal, la bărbații din sudul și estul Asiei
pa-leng	Teama morbidă de frig și de vânt, însoțită de îngrijorarea individului că va continua să piardă din căldura corpului, ceea ce va duce în cele din urmă la moarte. Persoana poartă mai multe straturi de haine, chiar și in zilele calde, pentru a se proteja de vânt și de frig. (Barlow, 2002)	Culturile chineze
taijin kyofusho	Teama intensă a unui individ că anumite părți sau funcții ale corpului sunt neplăcute, ofensatoare sau îi stânjenesc pe ceilalți datorită aspectului lor, mirosului, expresiilor faciale sau datorită mișcărilor. (APA, 2000).	Japonia

Instrucțiuni pentru clinician 1.7

Luați în considerare caracterul cronic al anxietății și influența sa asupra dezvoltării altor afecțiuni, atunci când efectuați o evaluare cognitivă. Este probabil ca debutul precoce și o evoluție mai persistentă să constituie probleme în timpul tratamentului.

1 Deși ratele acestor remisii sunt foarte scăzute, în special pentru fobia socială și pentru tulburarea de panică, ele supraestimează, probabil, ratele de remisie reale pentru tulburările de anxietate, din moment ce aproximativ 80% dintre subiecți au urmat o formă de tratament farmacologic până la consultul desfășurat după 8 ani.

Consecințe și rezultate

Prezența unei tulburări de anxietate sau doar a unor simptome de anxietate este asociată cu o diminuare semnificativă a calității vieții și a funcționării sociale și profesionale (Mendlowicz și Stein, 2000). În urma unei metaanalize a 23 de studii, Olatunji, Cisler și Tolin (2007) au constatat faptul că toate persoanele suferind de tulburări de anxietate avuseseră o calitate măsurată a vieții mai redusă comparativ cu eșantioanele de control, iar deteriorarea calității vieții în general era aceeași pentru toate tulburările de anxietate. Indivizii cu o tulburare de anxietate pierd mai multe zile de muncă (Kessler și Frank, 1997; Olfson și colab., 2000), sunt înregistrați cu mai multe zile de incapacitate de muncă (Andrews și colab., 2001; Marcus, Olfson, Pincus, Shear și Zarin, 1997; Weiller, Bisserbe, Maier și LeCrubier, 1998) și prezintă o frecvență ridicată a formelor de dependență financiară, precum: pensie de handicap, șomaj cronic sau ajutor social (Leon, Portera și Weissman, 1995). Anxietatea tinde,de asemenea,să reducă calitatea vieții și funcționarea socială în cazul pacienților suferind de o boală somatică cronică comorbidă (Sherbourne, Wells, Meredith, Jackson și Camp, 1996). Olfson și colab. (1996) au constatat faptul că pacienții care s-au prezentat la medicii de familie pentru prima consultație și nu au întrunit criteriile pentru un diagnostic de TAG, tulburarea de panică sau TOC, dar au avut simptome ale acestor tulburări, au raportat mult mai multe zile de muncă pierdute, stres marital și vizite la un specialist în sănătate mintală. Impactul negativ al tulburărilor de anxietate, dacă avem în vedere distresul, incapacitatea de muncă și utilizarea serviciilor medicale, poate fi chiar mai mare decât în cazul indivizilor a căror problemă principală este o tulburare de personalitate sau abuzul de substanțe (Andrews, Slade și Issakidis, 2002). De fapt, capacitatea persoanelor suferind de tulburarea de panică de a funcționa în societate și de a face față activităților cotidiene este mult mai redusă decât în cazul pacienților suferind de afecțiuni cronice, cum ar fi hipertensiunea (Sherbourne, Wells și Judd, 1996).

Indivizii cu o tulburare de anxietate diagnosticabilă fac mai multe vizite la specialiștii din domeniul sănătății mintale și tind să-și consulte mult mai des medicii de familie pentru probleme psihologice, comparativ cu cei din grupul nonclinic de control (Marciniak, Lage, Landbloom, Dunayevich și Bowman, 2004; Weiller și colab., 1998). În urma unui studiu amplu al persoanelor active din America, s-a constatat că persoanele suferind de tulburări de anxietate sunt mult mai predispuse decât grupul de control nonclinic să apeleze la medici specialiști, să solicite internarea și să apeleze la serviciul de urgență (Marciniak și colab., 2004; a se vedea, de asemenea, Leon și colab., 1995, pentru rezultate similare). Cu toate acestea, majoritatea persoanelor cu o tulburare de anxietate nu primesc niciodată un tratament adecvat și foarte puține ajung în atenția specialiștilor în sănătate mintală (Coleman, Brod, Potter, Buesching și Rowland, 2004; Kessler și colab., 1994; Olfson și colab., 2000). Medicii de familie, de exemplu, depistează cu dificultate anxietatea, nereușind să identifice cel puțin 50% dintre tulburările de anxietate ale pacienților din sistemul de îngrijire primară (Wittchen și Boyer, 1998).

Având în vedere efectele negative pe care anxietatea le are la nivel personal şi social, costurile economice ale anxietăţii sunt substanţiale, cuprinzând atât costuri directe, pentru servicii, cât şi costuri indirecte, reprezentate de pierderile care se înregistrează în productivitate. Într-un studiu american, anxietatea autodeclarată a reprezentat aproximativ 60,4 milioane de zile pe an în pierderi reflectate în productivitate, ceea ce este echivalent cu nivelul de productivitate pierdut datorat răcelii sau pneumoniei (Marcus şi colab., 1997.). Greenberg şi colab. (1999) au estimat costul anual al tulburărilor de anxietate la 42,3 miliarde de dolari în 1990, iar Rice şi Miller (1998) au constatat că aceste costuri economice datorate anxietăţii au fost mai mari decât cele pentru schizofrenie sau pentru tulburările afective.[2]

> **Instrucţiuni pentru clinician 1.8**
>
> Având în vedere morbiditatea semnificativă asociată anxietăţii şi impactul negativ al tulburării asupra productivităţii la muncă/şcoală, evaluarea clinică trebuie să cuprindă informaţii privind relaţiile sociale, situaţia financiară personală şi funcţionarea zilnică.

ASPECTE BIOLOGICE ALE ANXIETĂŢII

Anxietatea este multifaţetată, implicând diferite elemente din domeniile funcţionării umane: domeniul fiziologic, domeniul cognitiv, domeniul comportamental şi domeniul afectiv. Tabelul 1.3 enumeră simptomele anxietăţii împărţite în cele patru sisteme funcţionale implicate în reacţiile adaptative faţă de ameninţare şi de pericol (Beck şi colab., 1985, 2005).

Răspunsurile fiziologice automate care apar în mod tipic în prezenţa ameninţării sau a pericolului sunt considerate *reacţii defensive*. Aceste reacţii, observate atât la animale, cât şi la oameni în contexte de discriminare a fricii, implică stimularea sistemului nervos autonom, care pregăteşte organismul pentru a înfrunta pericolul prin fugă (adică „fugi") sau prin confruntarea directă, (adică „luptă"), un proces cunoscut ca reacţia „luptă sau fugi" (Cannon, 1927). Caracteristicile comportamentale implică, în primul rând, reacţiile de îndepărtare de pericol sau de evitare a pericolului şi de căutare a siguranţei. Variabilele cognitive furnizează interpretarea semnificaţiei stării noastre interioare, identificând anxietatea. În final, domeniul afectiv derivă

2 Există dovezi că o mare parte dintre costurile impuse de anxietate pot fi compensate prin depistarea precoce şi prin tratament (Salvador-Carulla, Segui, Fernández-Cano şi Canet, 1995). Studiile economice vizând domeniul sănătăţii au confirmat faptul că terapia cognitiv-comportamentală (CBT) a tulburărilor de anxietate este mai ieftină decât medicamentele şi determină o reducere semnificativă a costurilor pentru asistenţă medicală (Myhr şi Payne, 2006). Fiind tulburarea mintală cu incidenţa cea mai mare, anxietatea impune costuri umane şi sociale importante asupra societăţii noastre, iar folosirea terapiilor cognitive şi cognitiv-comportamentale la o scară mai largă ar putea reduce costurile personale şi economice ale acestor tulburări.

din activarea cognitivă şi fiziologică şi constituie experiența subiectivă a anxietății. În secțiunile următoare, vom prezenta pe scurt aspectele fiziologice, comportamentale şi emoționale ale anxietății. Caracteristicile cognitive ale anxietății constituie subiectul capitolelor următoare.

Psihofiziologie

După cum se poate observa din Tabelul 1.3, multe dintre simptomele anxietății sunt de natură fiziologică, reflectând activarea sistemului nervos simpatic (SNS) şi a sistemului nervos parasimpatic (SNP). Activarea SNS este reacția fiziologică cea mai evidentă în anxietate şi conduce la simptomele suprastimulării: vasoconstricția periferică, creşterea forței muşchilor striați, creşterea ritmului cardiac şi a forței de contracție, dilatarea plămânilor pentru a mări aportul de oxigen, dilatarea pupilelor pentru o vedere îmbunătățită, încetarea activității digestive, intensificarea metabolismului bazal şi sporirea secreției de epinefrină şi de norepinefrină a glandelor suprarenale (Bradley, 2000). Toate aceste reacții fiziologice periferice sunt asociate cu stimularea, dar provoacă apariția unor simptome vizibile, precum tremurături, agitație, senzații de frig şi de căldură, palpitații, uscăciune a gurii, transpirație, respirație întretăiată, dureri sau apăsare în piept şi tensiune musculară (a se vedea Barlow, 2002).

TABELUL 1.3. Caracteristici generale ale anxietății

Simptome fiziologice

(1) Creşterea ritmului cardiac, palpitații; (2) dificultăți de respirație, respirație rapidă; (3) durere sau apăsare în piept; (4) senzația de sufocare; (5) senzație de amețeală, de vid mental; (6) transpirație, bufeuri, frisoane; (7) greață, tulburări gastrice, diaree; (8) tremurături, agitație; (9), furnicături sau amorțeală în brațe, picioare; (10) slăbiciune, pierderea echilibrului, leşin; (11) muşchi încordați, rigiditate; (12) gură uscată.

Simptome cognitive

(1) frica de a pierde controlul, de a nu putea face față; (2) teama de vătămare corporală sau de moarte; (3) teama de„a nu înnebuni"; (4) teama de evaluări negative din partea celorlalți; (5) gânduri, imagini sau amintiri înfricoşătoare; (6) senzația de irealitate sau de detaşare; (7) concentrare scăzută, confuzie, uşor de distras; (8) limitarea atenției, hipervigilență pentru stimuli amenințători; (9) memorie slabă; (10) dificultăți în gândirea rațională, pierderea obiectivității.

Simptome comportamentale

(1) evitarea semnelor sau a situațiilor amenințătoare; (2) evadarea, fuga; (3) căutarea siguranței, a protecției; (4) nelinişțea, agitația, mersul agitat; (5) hiperventilația; (6) senzația de înghețare, înțepenire; (7) dificultăți de vorbire.

Simptome afective

(1) nervos, tensionat, încordat; (2) înspăimântat, temător, îngrozit; (3) iritat, instabil, agitat; (4) nerăbdător, frustrat.

Rolul stimulării SNP, care determină menținerea anumitor reacții fiziologice, nu a fost cercetat suficient în anxietate. SNP este implicat în simptome ca imobilitatea tonică, scăderea tensiunii arteriale și leșin, care sunt reacții aparținând strategiei „conservare-retragere" (Friedman și Thayer, 1998). Efectele stimulării SNP cuprind scăderea ritmului cardiac și a forței de contracție, pupile contractate, mușchi abdominali relaxați și constricția plămânilor (Bradley, 2000). Mai mult, cercetarea asupra variațiilor ritmului cardiac în timpul atacurilor de panică indică faptul că activitatea cardiovasculară asociată anxietății nu ar trebui privită doar prin prisma activării excesive a SNS, ci și ca rezultat al stimulării compensatoare reduse a SNP. Așadar, SNP are, probabil, un rol mai important în anxietate decât se credea până acum.

Barlow (2002) a ajuns la concluzia că una dintre cele mai edificatoare și importante descoperiri din ultimii 50 de ani în cercetarea psihofiziologică este aceea că indivizii care suferă de anxietate cronică manifestă în mod persistent un nivel ridicat de stimulare a sistemului nervos autonom,deseori în absența unei situații care să provoace anxietate. De exemplu, Cuthbert și colab. (2003) au raportat niveluri de bază ale ritmului cardiac deosebit de ridicate în cazuri de panică și în fobii specifice, dar nu și în grupurile diagnosticate cu fobie socială sau cu tulburare de stres posttraumatic (TSPT). Totuși, alți cercetători au asociat anxietatea (sau neuroticismul) mai degrabă cu labilitatea și cu reactivitatea excesive ale sistemului nervos autonom, decât cu niveluri tonice rezistente de activare (Costello, 1971; Eysenck, 1979). Craske (2003) a sugerat că reactivitatea cardiovasculară crescută ar putea să fie un factor care predispune la declanșarea tulburării de panică, astfel încât o tendință de activare intensă și acută a sistemului nervos autonom ar putea amplifica importanța și, prin urmare, gradul de amenințare atribuite senzațiilor corporale.

Studiile nu au oferit, cu consecvență, un suport empiric pentru diferențele în funcționarea sistemului nervos autonom dintre grupurile de control alcătuite din persoane anxioase și din persoane nonanxioase evidențiate în reacțiile acestora la stimuli stresanți sau amenințători (Barlow, 2002). Freidman și Thayer (1998) au observat, de asemenea, că rezultatele psihofiziologice privind ritmul cardiac *scăzut* și variabilitatea electrodermală contrazic ideea că anxietatea se caracterizează prin labilitate și reactivitate excesive ale sistemului nervos autonom. Cu toate acestea, indivizii suferind de anxietate prezintă o diminuare mai lentă a reacției fiziologice la stresori (cu alte cuvinte, adaptare lentă), dar acest lucru se datorează, probabil, pragului lor inițial mai ridicat de stimulare (Barlow, 2002). În plus, Lang și colegii săi au constatat existența unei stimulări fiziologice mai pronunțate la probe de imagerie care vizează reacția de frică la indivizii cu fobie de șerpi, dar reactivitatea a fost mai puțin pregnantă la indivizii suferind de tulburarea de panică (Cuthbert și colab., 2003; Lang, 1979; Lang, Levin, Miller și Kozak, 1983). Aceste rezultate sugerează că reactivitatea fiziologică intensificată la stimulii pentru frică poate să ajungă la nivelul maxim în condiții fobice specifice, dar să se manifeste mai discret în alte stări de anxietate, cum ar fi tulburarea de panică sau TSPT. Totuși, privind tulburările de anxietate în ansamblu, se observă un prag ridicat al nivelului de activare și o rată mai lentă

a adaptării, constituind, pentru indivizii suferind de anxietate cronică, baza fiziologică pe care își fundamentează interpretarea greșită a stării permanente de hiperstimulare ca fiind o dovadă a unei amenințări anticipate sau a unui pericol anticipat.

Cercetări psihofiziologice recente sugerează că persoanele cu anxietate cronică prezintă o *flexibilitate diminuată a sistemului nervos autonom* ca reacție la stresori (Noyes și Hoehn-Saric, 1998). Aceasta se caracterizează prin reacția slabă, dar susținută, la stresori, indicând o traiectorie slabă a adaptării. Într-un studiu al reactivității ritmului cardiac în condiții obișnuite, în condiții de relaxare și în condiții de neliniște, Thayer, Friedman și Borkovec (1996) au constatat că persoanele suferind de TAG sau acelea care sunt implicate în mod activ în stările de îngrijorare aveau un control vagal cardiac mai scăzut, ceea ce vine în sprijinul ideii că TAG se caracterizează prin inflexibilitatea sistemului nervos autonom.

În concluzie, caracteristicile psihofiziologice importante ale anxietății, precum nivelul ridicat al pragului de stimulare, adaptarea lentă și flexibilitatea diminuată a sistemului nervos autonom, ar putea contribui la interpretarea greșită a amenințării, aceasta constituind trăsătura cognitivă fundamentală a anxietății. Totuși, fobia, tulburarea de panică și TAG se pot distinge printr-un pattern diferit de reacții fiziologice, ceea ce împiedică generalizarea rezultatelor cercetărilor la toate tulburările de anxietate. În plus, încă nu este clar dacă starea de anxietate este, în primul rând, activarea excesivă a SNS și reducerea activității vagale ori dacă activitatea SNS este redusă, iar activitatea SNP rămâne la un nivel normal în condiții obișnuite, cotidiene (a se vedea Mussgay și Rüddel, 2004, pentru discuții).

Instrucțiuni pentru clinician 1.9

Evaluarea tulburărilor de anxietate trebuie să cuprindă o evaluare amănunțită a tipului, a frecvenței și a severității simptomelor fiziologice manifestate în timpul episoadelor de anxietate acută, precum și interpretarea pe care pacientul o dă acestor simptome. Elementele de bază și pattern-urile reactivității fiziologice trebuie evaluate cu ajutorul jurnalelor și al scalelor zilnice de monitorizare.

Factori genetici

Există numeroase dovezi empirice ale faptului că anxietatea este ereditară (vezi Barlow, 2002, pentru o trecere în revistă). În metaanaliza studiilor privind tulburarea de panică, TAG, fobiile și TOC, efectuate pe familii și pe gemeni, Hettema, Neale și Kendler (2001) au ajuns la concluzia că există o incidență semnificativă a tuturor celor patru tulburări la nivelul familiilor, dovedită cel mai pregnant în cazul tulburării de panică. Pentru tulburările de anxietate în ansamblu, procentul de transmitere pe cale ereditară a variat între 30% și 40%, proporția cea mai mare a variației datorându-se factorilor de mediu. Chiar și la nivelul simptomatologiei, componenta ereditară dă seamă

de numai 27% din variabilitate, predispunând indivizii la distres general, iar factorii de mediu sunt determinanți în dezvoltarea simptomelor anxioase sau depresive specifice (Kendler, Heath, Martin şi Eaves, 1987).

Barlow (2002) a emis ipoteza că, în cazul anxietății şi al tulburării de panică, s-ar putea evidenția o transmitere genetică separată. În cadrul unui model al ecuației structurale aplicat datelor despre diagnostic colectate de la un eşantion larg de gemene, Kendler şi colab. (1995) au identificat factori genetici de risc specifici pentru depresia majoră şi pentru TAG (adică anxietate), pe de-o parte, şi pentru anxietatea acută, de scurtă durată, precum fobiile şi panica, pe de altă parte. Un studiu de început a constatat şi existența unei predispoziții genetice comune pentru depresia majoră şi pentru TAG, elementul de specificitate al tulburării fiind determinat de expunerea la evenimente de viață diferite (Kendler, Neale, Kessler, Heath şi Eaves, 1992a).

Există mai puține dovezi ale faptului că indivizii moştenesc tulburări de anxietate specifice, dar există un suport empiric mai puternic al ideii că se moşteneşte o vulnerabilitate generală pentru dezvoltarea unei tulburări de anxietate (Barlow, 2002). Această vulnerabilitate nespecifică la anxietate poate fi neuroticismul, anxietatea ridicată ca trăsătură, afectivitatea negativă sau, ceea ce Barlow, Allen şi Choate (2004) au numit un „sindrom al afectului negativ". Indivizii vulnerabili manifestă o reacție emoțională mai puternică (sau, cel puțin, mai persistentă) față de situațiile potrivnice sau stresante. Factorii de mediu şi factorii cognitivi interacționează, totuşi, cu această predispoziție genetică, pentru a determina tipul specific de tulburare de anxietate pentru fiecare individ.

Instrucțiuni pentru clinician 1.10

Un interviu pentru stabilirea diagnosticului trebuie să cuprindă întrebări despre prevalența tulburărilor de anxietate la rudele de gradul întâi.

Neurofiziologie

În ultimul deceniu s-a înregistrat un progres rapid în înțelegerea bazei neurobiologice a fricii şi a anxietății. O descoperire importantă este aceea cu privire la rolul central al amigdalei în procesarea emoției şi în memorie (a se vedea discuția pe această temă a lui Canli şi colab., 2001). Cercetările pe subiecți umani şi nonumani indică faptul că amigdala este implicată în modularea emoțională a memoriei, în evaluarea stimulilor cu semnificație afectivă şi în evaluarea semnalelor sociale legate de pericol (a se vedea Anderson şi Phelps, 2000). Cercetările lui LeDoux (1989, 1996, 2000) în domeniul condiționării auditive a fricii au contribuit cel mai mult la implicarea amigdalei ca substrat neural al dobândirii reacțiilor condiționate de frică. Concluzia lui LeDoux (1996) a fost că amigdala este „axul din roata fricii"(p.170), cu alte cuvinte este „în esență, implicată în evaluarea sensului emoției" (p.169).

LeDoux (1989) susține că una dintre cele mai importante sarcini ale creierului emoțional este aceea de a evalua semnificația afectivă (de exemplu,

amenințare versus non-amenințare) a stimulilor mintali (gânduri, amintiri), fizici sau externi. El a propus două căi neurale paralele în procesarea stimulilor fricii de către amigdală. Prima cale este transmiterea directă a unui stimul condiționat al fricii prin talamusul senzorial către nucleul lateral al amigdalei, ocolind cortexul. Cea de-a doua cale presupune transmiterea informației stimulului fricii de la talamusul senzorial prin cortexul senzorial şi, mai departe, nucleului lateral. În interiorul amigdalei, nucleul lateral, care primeşte informații despre condiționarea fricii, inervează nucleul central care este răspunzător pentru exprimarea reacției condiționate de frică (a se vedea şi Davis, 1998). Figura 1.1 ilustrează cele două căi paralele ale sistemului de reacție condiționată de frică al lui LeDoux.

LeDoux (1996) identifică mai multe implicații ale dublei traiectorii a fricii. Calea mai directă, talamo-amigdaliană (denumită „calea inferioară"), este mai rapidă, mai rudimentară şi este parcursă fără aportul gândirii, al rațiunii şi al conştiinței. Traiectoria talamo-corticalo-amigdaliană (denumită „calea superioară") este mai lentă, dar implică o procesare mai amănunțită a stimulului fricii, din cauza participării extinse a regiunilor corticale de ordin superior ale creierului. Deşi LeDoux (1996) discută, din perspectiva evoluției, despre avantajul evident al unei baze neurale preconştiente automate în procesarea informațiilor despre stimulii fricii, cercetările sale au demonstrat că traiectoria corticală este necesară pentru condiționarea fricii în cazul unor stimuli mai complecşi (adică atunci când un animal trebuie să facă distincția între două sunete similare, dintre care doar unul corespunde stimulului necondiționat [SN])

Rolul central al amigdalei în frică corespunde în întregime conexiunilor sale neuroanatomice. Ea are multiple proiecții externe, prin intermediul nucleului central, înspre hipotalamus, hipocamp şi ascendent, către diferite regiuni ale cortexului, precum şi descendent spre diverse structuri ale trunchiului cerebral implicate în stimularea sistemului nervos autonom şi în reacțiile neuroendocrine asociate stresului şi anxietății, cum ar fi substanța cenuşie periapeductală, zona ventrală tegmentală, locuscoeruleus şi nucleii raphe (Barlow, 2002.) Toate aceste structuri neutre sunt implicate în manifestarea anxietății, inclusiv nucleul-pat al strieiterminalis (Davis, 1998), care ar putea fi cel mai important substrat neural al anxietății (Grillon, 2002).

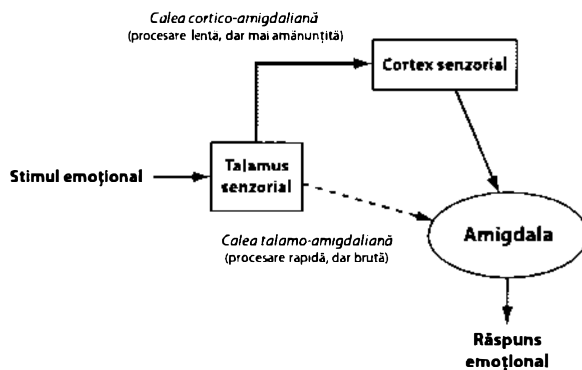


FIGURA 1.1. Căile neurale paralele ale lui LeDoux în condiționarea auditivă a fricii

Rolul procesării cognitive conştiente în frică este un subiect foarte dezbătut în contextul cercetării lui LeDoux, sugerând existenţa unei căi rapide şi rudimentare noncorticaletalamo-amigdaliene în procesarea fricii condiţionate. De fapt, Le Doux (1996) a constatat că stimulii relevanţi pentru frică pot fi procesaţi implicit de către amigdală, urmând calea subcorticală talamo-amigdaliană fără o reprezentare conştientă. Studiile imagistice cerebrale au constatat că stimulii fricii sau cei cu o valenţă negativă se asociază cu creşteri relative ale fluxului sangvin cerebral regional (rCBF) în cortexul vizual secundar sau asociativ şi cu reduceri relative ale fluxului sangvin cerebral regional în hipocamp şi în cortexul cingulat prefrontal, orbitofrontal, temporo-polar şi posterior (de exemplu, a se vedea Coplan şi Lydiard, 1998; Rauch, Savage, Alpert, Fishman şi Jenike, 1997; Simpson şi colab., 2000). Aceste rezultate au fost interpretate ca o dovadă a faptului că frica poate să fie preconştientă, fără intervenţia procesării cognitive de ordin superior.

Dovada existenţei unei căi subcorticale de ordin inferior a procesării imediate a fricii condiţionate nu trebuie să ne distragă atenţia de la rolul esenţial pe care îl joacă atenţia, raţiunea, memoria şi evaluarea subiectivă sau judecata în frica umană şi în anxietate. LeDoux (1996) a constatat că această cale talamo-cortico-amigdaliană este activată în condiţionarea mai complexă a fricii. Mai mult, amigdala are conexiuni extinse cu hipocampul şi cu regiunile corticale, unde primeşte informaţii din zonele corticale de procesare senzorială, din regiunea corticală de tranziţie şi de la cortexul prefrontal median (LeDoux, 1966, 2000). LeDoux accentuează faptul că sistemul hipocampului care implică memoria explicită şi sistemul amigdalei care implică memoria afectivă sunt activate simultan de aceiaşi stimuli şi funcţionează simultan. Astfel, structurile corticale ale creierului implicate în *memoria de lucru*, cum sunt cortexul prefrontal şi regiunile cingulate anterioare şi cel orbitale, precum şi structurile implicate în *memoria declarativă* de lungă durată, cum este cazul hipocampului şi al lobului temporal, sunt implicate în stimularea emoţională dependentă de amigdală pentru a constitui baza neurală a experienţei subiective (conştiente) a fricii (LeDoux, 2000). În consecinţă, este de aşteptat ca substraturile neurale ale cogniţiei să joace un rol esenţial în tipul de dobândire şi de persistenţă a fricii care caracterizează temerile umane complexe şi tulburările de anxietate. Observaţia aceasta este susţinută de numeroase studii de imagistică cerebrală în care s-a observat activarea diferenţiată a mai multor regiuni prefrontale şi fronto-temporo-orbitalemediane ale cortexului (de exemplu, Connor şi Davidson, 1998; Coplan şi Lydiard, 1998; Lang, Bradley şi Cuthbert; 1998; McNally, 2007; van den Heuvel şi colab., 2004; Whiteside, Port şi Abramowitz, 2004).

În analiza lor, Luu, Tucker şi Derryberry (1998) consideră că reprezentările mintale ale cortexului care sunt relevante pentru frică nu influenţează funcţionarea emoţională doar în stadiul ulterior al exprimării fricii şi al reacţiei şi că influenţa corticală poate avea şi o funcţie anticipativă, chiar înainte ca informaţia senzorială să fie perceptibilă în mod fizic. Concluzia autorilor este că „datorită reţelelor noastre frontale extrem de evoluate, noi, oamenii, suntem capabili să ne mediem cognitiv acţiunile şi să inhibăm răspunsurile mai reflexive declanşate de circuitele limbice şi subcorticale"

(Luu şi colab., 1998, p.588). Această idee a fost preluată recent de către MCNally (2007a) într-un articol în care ajunge la concluzia că activarea cortexului prefrontal median poate inhiba condiționarea fricii mediată de amigdală. În felul acesta, funcțiile executive prefrontale (adică procesele cognitive conştiente) pot avea efecte de inhibare a fricii care presupun învățarea unor asocieri inhibitoare noi sau „semnale de siguranță", care suprimă exprimarea fricii (McNally, 2007a). Frewen, Dozois şi Lanius (2008) au încheiat analiza celor 11 studii de imagistică cerebrală ale unor intervenții psihologice în anxietate şi în depresie cu concluzia că terapia cognitiv-comportamentală modifică funcționarea unor regiuni din creier, cum ar fi cortecşii dorsolateral, ventrolateral şi cel prefrontal median; cingulat anterior; cingulat posterior/ pecuneus; cortecşii insulari asociați cu rezolvarea de probleme, cu procesarea auto-referențială şi relațională şi cu reglarea afectivității negative. În mod clar, în cazul acesta, implicarea largă a regiunilor corticale de ordin superior ale creierului în experiențele emoționale confirmă punctul nostru de vedere, conform căruia cogniția joacă un rol important în producerea anxietății şi că intervențiile de tipul terapiei cognitive pot inhiba anxietatea în mod eficace, activând regiuni corticale responsabile pentru funcționarea executivă şi gândirea de ordin superior.

Sisteme de neurotransmițători

Sistemele neurotransmițătoare ca, de exemplu, acidul gamma-aminobutiric(GABA), sistemul noradrenergic şi cel serotonergic, precum şi calea hormonală de eliberare a corticotropinei sunt importante în biologia anxietății (Noyes şi Hoehn-Saric, 1998). Sistemul neurotransmițător serotonergic suscită tot mai mult interes în cercetarea anxietății şi a tulburării de panică. Serotonina funcționează asupra comportamentului asemeni unei piedici neurochimice, iar, la oameni, blocajul receptorilor serotoninei este asociat cu anxietatea (Noyes şi Hoehn-Saric, 1998). Deşi se consideră că nivelurile scăzute de serotonină contribuie în mod principal la declanşarea anxietății, dovezile neurofiziologice directe nu sunt suficient de concludente pentru a afirma cu certitudine dacă există niveluri anormale de serotonină în tulburările de anxietate, cum ar fi la pacienții suferind de TAG, comparativ cu grupurile de control (Sinha, Mohlman şi Gorman, 2004). Sistemul serotonergic transmite spre diverse zone ale creierului care modulează anxietatea, cum sunt amigdala, cea septo-hipocampală şi cea corticală prefrontală, astfel încât el poate să exercite o influență directă asupra anxietății sau o influență indirectă prin modificarea funcției altor neurotransmițători (Noyes şi Hoehn-Saric, 1998; Sinha şi colab., 2004).

Un subgrup al transmițătorului inhibitor GABA conține receptori ai benzodiazepinei care potențează efectele inhibitoare ale GABA, atunci când moleculele de benzodiazepină se unesc cu aceşti receptori (Gardner, Tully şi Hedgecock, 1993). Faptul că anxietatea generalizată s-ar putea datora inhibiției sistemului GABA-benzodiazepină este dovedit de efectele anxiolitice ale medicamentelor din grupa benzodiazepinelor (de exemplu,

lorazepam [Ativan], alprazolam [Xanax]) a căror eficacitate clinică se pare că se datorează accentuării inhibiției sistemului GABA-benzodiazepină (Barlow, 2002).

Hormonul care eliberează corticotropina (CRH) este un neurotransmițător stocat îndeosebi în nucleii paraventriculari hipotalamici (PVN). Stimulii stresori sau amenințători pot activa anumite zone din creier, cum sunt locus coeruleus, amigdala, hipocampul și cortexul prefrontal, care, apoi, eliberează CRH. Ulterior, CRH stimulează secreția hormonului adrenocorticotropic (ACTH) de către glanda pituitară anterioară și altă activitate adreno-pituitară, ceea ce duce la producerea și eliberarea crescută de cortisol (Barlow, 2002; Noyes și Hoehn-Saric, 1998). Prin urmare, CRH nu mediază doar reacțiile endocrine la stres, ci și alte reacții mai extinse ale creierului și reacții comportamentale care joacă un rol în manifestarea stresului, a anxietății și a depresiei (Barlow, 2002). Prin urmare, în ansamblu, anomaliile la nivelul neurotransmițătorilor au efecte anxiogene sau anxiolitice, care joacă un rol important în stările fiziologice amplificate ce caracterizează frica și anxietatea. Totuși, natura exactă a acestor anomalii este încă necunoscută. Tabelul 1.4 prezintă un rezumat al aspectelor biologice ale anxietății care ar putea fi subiacente caracteristicilor cognitive ale acestor tulburări care vor fi analizate mai târziu în acest volum.

Instrucțiuni pentru clinician 1.11

Discutați despre baza neurală a anxietății, atunci când îi explicați pacientului modelul cognitiv al anxietății. Argumentarea în favoarea terapiei cognitive trebuie să cuprindă și o discuție despre modul în care centrii corticali de ordin superior din creier implicați în memorie, raționament și judecată pot „depăși" sau inhiba structurile emoționale subcorticale ale creierului, reducând în felul acesta experiența subiectivă a anxietății.

TABELUL 1.4. Simptome biologice ale cogniției în anxietate

Factori biologici	Consecințe cognitive
• Activare ridicată a sistemului nervos autonom tonic	• Amplificare accentuată a stimulilor asociați amenințării
• Rată mai lentă a adaptării	• Atenție crescută la amenințare
• Flexibilitate redusă a sistemului nervos autonom	• Capacitate scăzută de comutare a atenției
• Predispoziție genetică pentru afectivitate negativă	• Scheme exagerat de puternice pentru amenințare și pentru pericol
• Potențare subcorticală a fricii	• Identificare preconștientă a stimulului pentru frică și stimulare fiziologică imediată
• Căi corticale aferente și eferente extinse spre circuitul subcortical implicat în emoții	• Evaluarea cognitivă și memoria influențează percepția fricii și modulează exprimarea fricii și acțiunea

TEORII COMPORTAMENTALE

Timp de mai multe zeci de ani, psihologii experimentaliști adepți ai teoriei învățării au demonstrat că reacțiile de frică se pot însuși printr-un proces asociativ de învățare. Din această perspectivă, demersurile lor teoretice și experimentale s-au orientat asupra reacțiilor fiziologice și comportamentale care caracterizează starea anxioasă sau starea de frică. Primele teorii ale învățării s-au concentrat asupra dezvoltării stărilor de frică sau a reacțiilor fobice prin condiționare clasică.

Teoriile condiționării

Conform condiționării clasice, atunci când un stimul neutru este asociat în mod repetat cu o experiență de evitare (stimul necondiționat [SN]) care conduce la apariția stării de anxietate (reacție necondiționată [RN]), ajunge să fie asociat cu experiența de evitare și dobândește capacitatea de a discrimina o reacție similară de anxietate (reacție condiționată [RC]) (Edelmann, 1992). Condiționarea clasică accentuează faptul că temerile ființei umane sunt dobândite ca rezultat al unui stimul neutru (de exemplu, vizita la dentist) care ajunge să fie asociat cu o experiență anterioară provocatoare de anxietate (de exemplu, o experiență foarte dureroasă și înfricoșătoare la dentist în copilărie). Deși există numeroase studii experimentale efectuate în ultimii 80 de ani, care au demonstrat că frica poate fi „dobândită" în laborator, prin asocierea repetată a unui stimul neutru (de exemplu, un sunet) cu un stimul necondiționat (de exemplu, un șoc electric ușor), modelul nu a reușit să ofere o explicație credibilă pentru persistența semnificativă a temerilor umane în lipsa asocierilor repetate SN-SC (Barlow, 2002).

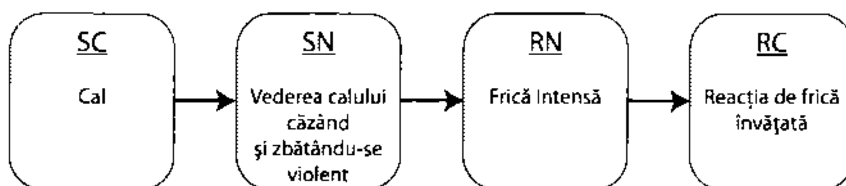
Mowrer (1939, 1953, 1960) a introdus o revizuire majoră la teoria condiționării, pentru a explica mai bine comportamentul de evitare și persistența fricilor umane. Cunoscută ca „teoria celor doi factori", aceasta s-a concretizat într-o motivație comportamentală larg acceptată a etiologiei și a persistenței fricilor clinice și a stărilor de anxietate în anii '60 și la începutul anilor '70 (de exemplu, Eysenck și Rachman, 1965). Cu toate că nu mai este considerată o teorie valabilă a anxietății, teoria celor doi factori este importantă din două motive. Întâi, multe dintre intervențiile comportamentale care s-au dovedit eficace în tratamentul tulburărilor de anxietate își aveau originea în modelul celor doi factori. În al doilea rând, modelele noastre cognitive actuale ale anxietății au luat ființă, în mare parte, în urma criticilor și a inexactităților teoriei celor doi factori.

Figura 1.2 ilustrează modul în care poate fi folosită teoria celor doi factori pentru explicarea studiului de caz al Micului Hans (Freud, 1901/1955). Micul Hans a fost un copil austriac de 5 ani, care a dezvoltat frica de a fi mușcat de un cal și, de aceea, suferea o anxietate puternică de fiecare dată când se aventura afară, deoarece se temea că va vedea vreun cal. Declanșarea „fobiei de cai" s-a produs după ce a văzut căzând un „cal care trăgea o trăsură" și agitându-și violent picioarele în încercarea de a se ridica. Micul Hans a început de atunci să se teamă de cai, mai ales de cei înhămați la căruțe,

cai care, credea el, vor cădea şi îl vor muşca. (Desigur, Freud a interpretat că sursa reală a fobiei Micului Hans era afecțiunea sa reprimată pentru mamă şi ostilitatea față de tatăl său, ostilitate pe care o transpusese [transferase] asupra cailor.)

În modelul celor doi factori, primul stadiu al dobândirii fricii se bazează pe condiționarea clasică. Micul Hans este martorul unui eveniment traumatic: vede un cal imens căzând în stradă şi zbătându-se violent (SN). Aceasta declanşează o reacție puternică de frică (RN), astfel încât vederea cailor (SC), prin asociere cu SN, poate să provoace RC (reacția condiționată de frică). Persistența fricii se explică în stadiul al doilea, datorită evitării extinse a SC. Cu alte cuvinte, Micul Hans stă în casă pentru a evita vederea cailor (SC). Cum evitarea cailor îl asigură pe Micul Hans că nu va suferi de frică sau de anxietate, comportamentul evitant este întărit negativ. Evitarea este menținută, deoarece diminuarea fricii este un element secundar puternic de întărire (Edelman, 1992). Mai mult chiar, deoarece stă în casă, Micul Hans nu va ajunge să afle că, de fapt, caii în general nu cad (adică el nu ajunge să se confrunte în mod repetat cu SC – doar cu prezentări care ar conduce la extincția acestui comportament).

STADIUL UNU - DOBÂNDIREA FRICII



STADIUL DOI – PERSISTENȚA FRICII



FIGURA 1.2. O explicație a studiului de caz al lui Freud pentru Micul Hans, prin teoria celor doi factori în dobândirea fricii

La sfârşitul anilor 1970, au apărut probleme serioase în legătură cu explicarea fobiilor cu ajutorul modelului celor doi factori (Rachman, 1976, 1977; a se vedea, de asemenea, Davey, 1997; Eysenck, 1979). În primul rând, condiționarea clasică presupune că orice stimul neutru poate să dobândească proprietatea de a discrimina frica, dacă este asociat cu un SN. Totuşi, presupunerea aceasta nu a fost confirmată de experimentele de condiționare prin evitare, în care anumiți stimuli (de exemplu, fotografii cu păianjeni şi cu şerpi) au provocat mult mai uşor o reacție condiționată de frică, comparativ

cu alți stimuli (de exemplu, poze cu flori sau cu ciuperci; pentru o trecere în revistă, a se vedea Öhman și Mineka, 2001). În al doilea rând, multe persoane care dezvoltă o fobie clinică nu-și amintesc evenimentul traumatic condiționant. În al treilea rând, există numeroase dovezi experimentale și clinice ale învățării non-asociative a fricii, prin observație vicariantă (de exemplu, asistând la trauma altcuiva) sau prin intermediul informațiilor (de exemplu, când i se transmit individului informații amenințătoare despre obiecte sau situații specifice). În al patrulea rând, oamenii trec deseori prin evenimente traumatice, fără să dezvolte o reacție condiționată de frică (Rachman, 1977). Din nou, modelul celor doi factori trebuie să fie foarte nuanțat, pentru a explica de ce doar o minoritate de indivizi dezvoltă fobii ca reacție la experiențe traumatice (de exemplu, intervenția stomatologică dureroasă). În sfârșit, teoria celor doi factori nu reușește să explice îndeajuns epidemiologia fobiilor (Rachman, 1977). De exemplu, frica de șerpi este mult mai comună decât teama de dentist, deși sunt mai multe persoane care suferă dureri în timpul tratamentului stomatologic decât persoane care sunt mușcate de șerpi.

Cu toate că s-au propus mai multe îmbunătățiri, a devenit clar că teoria condiționării a celor doi factori nu a reușit să explice dezvoltarea și persistența fricii și a tulburărilor de anxietate. Mulți psihologi comportamentaliști au ajuns la concluzia că era nevoie de constructe cognitive care să ofere o explicație adecvată a dezvoltării și a menținerii anxietății și chiar a stărilor fobice (de exemplu, Brewin, 1988; Davey, 1997). S-au propus diverse concepte cognitive (de exemplu, expectanțele, auto-eficacitatea, biasarea atențională sau scheme cognitive asociate cu frica) cu rol de mediatori între un stimul care induce frica și reacția anxioasă (a se vedea Edelman, 1992). Totuși, nu toți psihologii comportamentaliști au împărtășit ideea că medierea cognitivă este mecanismul care cauzează dezvoltarea anxietății. Un exemplu al unei perspective mai „noncognitive" este modulul fricii propus de Öhman și Mineka (2001).

Modulul fricii

Öhman și Mineka (2001) afirmă că, datorită faptului că frica a evoluat ca o reacție de apărare împotriva prădătorilor și împotriva altor factori care constituiau o amenințare pentru supraviețuire, ea implică un *modul al fricii* compus din elemente comportamentale, psihofiziologice și verbal-cognitive. Modulul fricii este definit ca „un sistem comportamental, mintal și neural relativ independent, ajustat special pentru a ajuta în rezolvarea problemelor adaptative impuse de situații care puteau să amenințe viața strămoșilor noștri îndepărtați" (Öhman și Mineka, 2001, p. 484).

Ei descriu patru caracteristici ale modulului fricii. Întâi, acesta este *sensibilizat selectiv* pentru a răspunde stimulilor care sunt deosebit de puternici din punctul de vedere al evoluției speciei, deoarece ei au amenințat însăși supraviețuirea strămoșilor noștri. Cei doi cercetători au studiat foarte multă literatură experimentală care demonstra asocierea selectivă în

condiționarea umană asociată cu evitarea, în care indivizii dau dovadă de o condiționare mai accentuată și de rezistență mai mare la extincție față de stimuli filogenetici (de exemplu, diapozitive cu șerpi sau cu păianjeni), față de materiale ontogenetice (de exemplu, diapozitive cu case, cu flori sau cu ciuperci). Öhman și Mineka (2001) au ajuns la concluzia că (1) stimulii relevanți pentru frică, pregătiți pe cale evolutivă, acced în mod preferențial la modulul fricii umane și (2) că asocierea selectivă a acestor stimuli pregătiți este în mare măsură independentă de cogniția conștientă.

A doua caracteristică a modulului fricii este *caracterul său automat*. Öhman și Mineka (2001) afirmă că, datorită faptului că modulul fricii a evoluat pentru a face față amenințărilor filogenetice la supraviețuire, acesta poate fi activat automat, fără identificarea conștientă a stimulului declanșator. Dovezi în sprijinul activării automate preconștiente a fricii sunt: reacția fiziologică la frică (de exemplu, RSC) față de stimuli ai fricii care nu sunt recunoscuți ca atare în mod conștient, reacție condiționată prelungită de frică față de stimuli care nu pot fi asociați cu alții cunoscuți și dobândirea unui tip de reacție condiționată de frică față de stimuli relevanți ai fricii care nu au fost verificabili pe baza recunoașterii lor conștiente.

A treia caracteristică este încapsularea. Se presupune că modulul fricii este „relativ impenetrabil față de celelalte module, cu care nu are legături directe" (Öhman și Mineka, 2001, p. 485), astfel că, odată activat, își va urma parcursul și există puține posibilități de a fi oprit de alte procese (Öhman și Wiens, 2004). Cu toate că modulul fricii este relativ impenetrabil la influențele conștiente, Öhman și Mineka susțin că însuși modulul fricii poate avea o influență profundă prin biasarea și distorsionarea cogniției conștiente a stimulului amenințător. În sprijinul opiniei lor că modulul fricii este independent de influența cogniției conștiente, Öhman și Wiens (2004) aduc următoarele dovezi: (1) mascarea stimulilor afectează evaluările conștiente, dar nu afectează reacțiile condiționate (RC), (2) indicațiile care modifică așteptările SN-SC explicite nu afectează reacția condiționată la stimulii biologici relevanți pentru frică, (3) indivizii pot dobândi reacții condiționate de frică față de stimuli mascați care nu sunt percepuți în mod conștient și (4) reacțiile condiționate de frică față de stimuli mascați pot afecta cogniția conștientă sub forma judecăților de tip anticipativ.

Ultima caracteristică este *circuitul neural specific*. Öhman și Mineka (2001) consideră că amigdala este structura neurală centrală implicată în controlul fricii și în învățarea fricii și susțin că activarea fricii (adică învățarea emoțională) se petrece conform parcursului identificat de LeDoux (1996), calea subcorticală, non-cognitivă talamo-amigdaliană, în timp ce învățarea cognitivă parcurge calea prin hipocamp și regiunile corticale de ordin superior. Autorii afirmă că amigdala are mai multe conexiuni aferente decât eferente cu cortexul și, astfel, ea este cea care influențează mai mult cortexul și nu invers. Bazându-se pe această perspectivă asupra structurii neurale a modulului fricii, ei concluzionează că (1) activarea nonconștientă a amigdalei se produce urmând un parcurs neural care nu include cortexul, (2) acest circuit neural este specific fricii și (3) orice procese cognitive conștiente asociate fricii sunt o consecință a activării modulului fricii (adică a amigdalei) și, în felul

acesta, nu sunt în relație de cauzalitate cu activarea fricii. Astfel, evaluările și convingerile biasate sunt produsul activării automate a fricii și rezultatul reacțiilor defensive psihofiziologice și reflexive (Öhman și Wiens, 2004). Convingerile exagerate referitoare la pericol pot juca un rol în menținerea anxietății de-a lungul timpului, dar ele sunt mai degrabă consecința decât cauza fricii.

Instrucțiuni pentru clinician 1.12

Având în vedere dovezile substanțiale în ceea ce privește importanța învățării în dezvoltarea anxietății, clinicianul trebuie să exploreze, împreună cu pacienții, experiențele trecute de învățare legate de anxietate (de exemplu, traume, evenimente de viață, expunere la informații referitoare la amenințări).

ARGUMENTUL COGNIȚIEI

Perspectiva lui Öhman și Mineka (2001) asupra fricii și anxietății este în contradicție cu perspectiva cognitivă susținută de către Beck și colegii săi (Beck și colab., 1985, 2005; Beck și Clark, 1997; D.M. Clark, 1999). Deși ei admit faptul că fenomenele cognitive trebuie vizate în tratament, deoarece ele joacă un rol esențial în persistența mai îndelungată a anxietății, ei consideră, totuși, că gândirea, convingerile și biasările de tip anxios în procesarea informației sunt o consecință a activării fricii. Öhman și Mineka (2001) nu consideră cogniția conștientă un factor important în patogeneza fricii în sine, ceea ce este contrar conceptualizării fricii prezentată anterior în acest capitol. Această perspectivă noncognitivă asupra fricii este evidentă în lucrările altor teoreticieni, precum Bouton, Mineka și Barlow (2001) care susțin că condiționarea interoceptivă în tulburarea de panică se produce fără aportul conștiinței și este complet independentă de sistemele declarative de cunoaștere. Cu toate acestea, noi considerăm că evaluarea cognitivă este un element fundamental al fricii și susținem că este esențială pentru înțelegerea etiologiei, a persistenței și a tratamentului tulburărilor de anxietate. Această perspectivă se bazează pe mai multe argumente.

Existența cogniției preconștiente

Criticii modelelor cognitive au tendința de a accentua în mod exagerat aportul conștiinței atunci când vorbesc despre cogniție, afirmând că dovezile experimentale substanțiale privind reacțiile condiționate de frică în lipsa conștientizării acesteia nu reușesc să susțină principiile de bază ale perspectivei cognitive (de exemplu, Öhman și Mineka, 2001). Cu toate acestea, există cercetări experimentale la fel de solide care demonstrează existența unei procesări preconștiente automate atenționale și cognitive a stimulilor fricii (a se vedea MacLeod, 1999; Wells și Matthews, 1994; Williams, Watts, MacLeod și Mathews, 1997). Prin urmare, perspectiva cognitivă asupra anxietății este

interpretată în mod greşit atunci când cogniţia este caracterizată doar în termenii evaluării conştiente.

Procesele cognitive în dobândirea fricii (sau condiţionarea)

Öhman şi Mineka (2001) susţin că procesele cognitive sunt o consecinţă a activării fricii şi că joacă un rol minor în dobândirea sa. Totuşi, în ultimele trei decenii, mulţi teoreticieni ai învăţării au fost de părere că, pentru a putea explica persistenţa reacţiilor de frică, trebuie ca modelele de condiţionare să cuprindă şi conceptele cognitive. Davey (1997), de exemplu, a analizat dovezile conform cărora aşteptările privind rezultatul, precum şi reprezentarea cognitivă a individului despre SN influenţează intensitatea RC de frică, ca răspuns la un SC. Cu alte cuvinte, creşterea sau scăderea intensităţii RC depinde de felul în care persoana respectivă evaluează semnificaţia SN sau a traumei (a se vedea, de asemenea, van den Hout şi Merckelbach, 1991). Potrivit lui Davey (1997), evaluarea cognitivă este un element cheie în reflexul condiţionat, pavlovian, de frică.

De multă vreme s-a convenit asupra faptului că aşteptările privind rezultatul (cu alte cuvinte, aşteptările ca, într-o anumită situaţie, o anumită reacţie să ducă la un anumit rezultat) joacă un rol esenţial în condiţionarea evitării (de exemplu, Seligman şi Johnston, 1973; de Jong şi Merckelbach, 2000; a se vedea, de asemenea, experimentele privind biasarea covariaţiei, efectuate de către de Jong, Merckelbach şi Arntz, 1995; McNally şi Heatherton, 1993). În valoroasa sa lucrare, Rescorla (1988) observă că teoria modernă a învăţării priveşte condiţionarea de tip pavlovian în termenii învăţării relaţiilor dintre evenimente (adică asocieri) care trebuie percepute şi care sunt reprezentate în mod complex (adică memoria) de către organism. Prin urmare, pentru majoritatea cercetătorilor clinicieni orientaţi spre comportamentalism, dobândirea şi discriminarea stărilor de frică şi de anxietate presupun învăţarea împrejurărilor care recunosc influenţa şi importanţa unor diverşi mediatori cognitivi (pentru mai multe amănunte, a se vedea van den Hout şi Merckelbach, 1991).

Procesele cognitive conştiente pot modifica reacţiile de frică

Öhman şi Mineka (2001) consideră că modulul fricii este impenetrabil la controlul cognitiv conştient. Această perspectivă nu este, însă, în concordanţă cu dovezile empirice că factori cognitivi sau informaţionali pot conduce la o diminuare a fricii (a se vedea argumentarea lui Brewin, 1988). Până şi în cazul intervenţiilor bazate pe expunere, care derivă direct din teoria condiţionării, există dovezi că habituarea pe termen lung cu reacţiile de frică presupune atenţie direcţionată în mod conştient şi procesarea informaţiilor relevante pentru frică (Foa şi Kozak, 1986). Brewin (1988) demonstrează în mod succint influenţa cogniţiei asupra reacţiilor de frică, afirmând că „o teorie care atribuie un rol proceselor de gândire conştiente trebuie să explice cum se poate ca oamenii să se sperie şi să se liniştească singuri gândind altfel, să

testeze diferite reacții de coping, să-și fixeze obiective și să se recompenseze ori să se autopedepsească, în funcție de rezultatul pe care îl obțin etc." (p.46).

Amigdala nu este o zonă specifică a fricii

Un argument fundamental al lui Öhman și Mineka (2001) este acela că o legătură directă talamus-amigdală în activarea fricii și în învățarea emoțională dovedește caracterul automat al modulului fricii și, astfel, se disociază de achiziționarea declarativă de informații via hipocamp. În felul acesta, activarea amigdalei începe ca o reacție de frică, conducând apoi la procese mai complexe de cogniție și de memorie prin intermediul proiecțiilor spre hipocamp și spre regiunile corticale de ordin superior ale creierului (a se vedea, de asemenea, Morris, Öhman și Dolan, 1998).

Cu toate că cercetarea experimentală demonstrează destul de convingător activarea amigdalei în procesarea stimulilor pentru frică, există dovezi ale faptului că amigdala poate fi implicată și în alte funcții afective, precum evaluarea semnificației sociale și emoționale a expresiilor faciale (Adolphs, Tranel și Damasio, 1998; Anderson și Phelps, 2000). Studii de imagistică cerebrală sugerează că, atunci când se procesează orice stimuli emoționali care în general sunt negativi, apare o activare mai accentuată în cortexul prefrontal, în amigdală, în alte structuri ale mezencefalului și în trunchiul cerebral, ceea ce sugerează faptul că amigdala și alte structuri implicate în procesarea emoțională ar putea să nu fie specifice fricii, ci mai degrabă valenței stimulilor emoționali (de exemplu, Hare, Tottenham, Davidson, Glover și Casey, 2005; Simpson și colab., 2000; a se vedea, de asemenea, activarea amigdalei când sunt procesate fragmente din filme triste, Lévesque și colab., 2003). În plus, amigdala reacționează la stimulii cu valență pozitivă, deși reacția aceasta pare a avea o natură mai variabilă și mai elaborată decât reacția fixată, automată, observată în expresiile fricii (Somerville, Kim, Johnstone, Alexander și Whalen, 2004; a se vedea, de asemenea, Canli și colab., 2002). Prin urmare, există dovezi experimentale că amigdala ar putea să nu fie în mod specific zona în care este localizată anxietatea, ci o structură neurală importantă de procesare a emoției la un nivel mai general (a se vedea, de asemenea, Gray și McNaughton, 1996).

Alte cercetări de imagistică cerebrală sugerează faptul că amigdala poate fi influențată de procesele cognitive mediate de regiuni corticale de ordin superior ale creierului. McNally (2007a) a reluat cercetarea dovezilor privind capacitatea cortexului prefrontal median de a suprima teama condiționată dobândită prin activarea amigdalei. De exemplu, într-un studiu, procesarea perceptuală a unor scene amenințătoare a fost asociată cu o reacție bilaterală puternică a amigdalei care a fost atenuată prin evaluarea cognitivă a stimulilor fricii (Hariri, Mattay, Tessitore, Fera și Weinberger, 2003). Toate aceste observații sugerează faptul că procesele cognitive conștiente mediate de alte regiuni corticale și subcorticale ale creierului au o influență importantă asupra amigdalei și că, împreună, oferă o reprezentare neurală integrată a experienței fricii.

Rolul regiunilor corticale de ordin superior în frică

Problema esențială a perspectivei cognitive asupra anxietății este dacă procesele cognitive conştiente joacă un rol suficient de important în propagarea şi ameliorarea anxietății, pentru a justifica evidențierea nivelului cognitiv. După cum am amintit mai devreme, există numeroase dovezi neurofiziologice ale faptului că regiuni corticale de ordin superior ale creierului sunt implicate în tipul de reacții umane de frică şi de anxietate care constituie ținta intervențiilor clinice. LeDoux (1966) a arătat că hipocampul şi zonele corespunzătoare ale cortexului care sunt implicate în formarea şi recuperarea amintirilor sunt implicate în condiționarea contextuală mai complexă a fricii. Acest tip de condiționare este relevant îndeosebi pentru formarea şi persistența tulburărilor de anxietate. În plus, LeDoux (1996, 2000) a observat că senzația subiectivă asociată fricii implică legături între amigdală şi regiunile cortexului prefrontal, regiunile anterior cingulate şi cortico-orbitale, precum şi cu hipocampul. Din perspectivă clinică, manifestarea subiectivă a anxietății este ceea ce îi aduce pe indivizi în atenția clinicienilor, iar eliminarea acestei stări subiective de evitare este criteriul principal în evaluarea succesului tratamentului. În concluzie, se pare că acest circuit neural al fricii este în concordanță cu rolul important al cogniției în patogeneza anxietății.

REZUMAT ŞI CONCLUZIE

În multe privințe, anxietatea este o trăsătură definitorie a societății contemporane şi persistența manifestărilor sale clinice reprezintă una dintre problemele cele mai importante cu care se confruntă cercetarea şi tratamentul din domeniul sănătății mintale. Predominanța, persistența şi impactul atât de vătămător al tulburărilor de anxietate sunt documentate pe larg în numeroase studii epidemiologice. În capitolul acesta, am identificat o serie de probleme legate de psihologia tulburărilor de anxietate. Una dintre confuziile cele mai frecvente este provocată de definirea anxietății şi a relației sale cu frica. Din perspectivă cognitivă, am definit frica drept o evaluare automată a amenințării iminente sau a pericolului, iar anxietatea ca reacția subiectivă de mai lungă durată la activarea fricii. Cea din urmă constituie un pattern de răspuns mai complex cognitiv, afectiv, fiziologic şi comportamental care apare atunci când evenimentele sau circumstanțele sunt interpretate ca fiind amenințări deosebit de periculoase, de nesigure şi de necontrolabile la adresa intereselor noastre vitale. Prin urmare, frica este procesul cognitiv de bază subiacent tuturor tulburărilor de anxietate. Anxietatea este, însă, starea mai rezistentă asociată evaluărilor amenințării şi, de aceea, tratamentul anxietății a devenit un obiectiv major pentru domeniul sănătății mintale.

O altă problemă fundamentală în privința anxietății este diferențierea dintre stările normale şi stările anormale. Deşi frica este necesară pentru supraviețuire, fiind esențială în pregătirea organismului pentru a reacționa în fața pericolelor care îi amenință viața, frica este în mod clar dezadaptativă în cazul tulburărilor de anxietate. O perspectivă cognitivă este, iarăşi, utilă

în identificarea limitelor dintre anxietatea sau frica normale și manifestările lor clinice. Frica este dezadaptativă și tinde să se asocieze unei tulburări de anxietate atunci când implică o evaluare greșită sau exagerată a pericolului, când cauzează o funcționare deficitară, când este deosebit de persistentă, când implică o alarmă falsă și/sau creează hipersensibilitate față de o mare varietate de stimuli legați de amenințare. În ceea ce îi privește pe practicieni, dificultatea majoră constă în a oferi intervenții capabile să „amortizeze" sau să normalizeze anxietatea clinică, pentru ca aceasta să devină mai puțin stresantă și să interfereze mai puțin cu viața zilnică. Eliminarea completă a anxietății nu este nici dezirabilă, nici posibilă, dar diminuarea sa până la nivelul normal al experienței umane este obiectivul comun al metodelor de tratament al tulburărilor de anxietate.

Stările de anxietate au fațete multiple, afectând toate nivelurile funcționării umane. Există un aspect biologic important al anxietății, deoarece structuri neurale corticale și subcorticale specifice joacă un rol important în starea emoțională. Acest element neurofiziologic puternic le conferă stărilor de anxietate un caracter de urgență și de forță care îngreunează procesul de modificare a acestora. În același timp, anxietatea apare deseori ca urmare a interacțiunii organismului cu mediul, cu toate că acest proces de învățare se poate produce în mod inconștient și dincolo de evaluarea rațională. Totuși, medierea cognitivă, cum ar fi expectanțele, interpretările, convingerile și amintirile joacă un rol esențial în dezvoltarea și în persistența anxietății. Ca experiență subiectivă, anxietatea poate fi resimțită ca o furtună care izbucnește și se retrage pe parcursul unei zile. Eliberarea din starea aceasta de zbucium personal poate constitui o motivație puternică, chiar și atunci când ea discriminează pattern-uri de răspuns cum ar fi evadarea și evitarea, care, în ultimă instanță, sunt contraproductive pentru interesele vitale ale individului.

În ciuda complexității sale, noi am argumentat în acest capitol rolul cheie al cogniției în înțelegerea stărilor normale și anormale de anxietate. Esența anxietății dezadaptative este interpretarea greșită sau exagerată a amenințării unei situații sau a unei circumstanțe anticipate, percepute ca fiind semnificativă pentru resursele vitale ale individului. În ultimele două decenii, s-a progresat mult în elucidarea structurilor și a proceselor cognitive ale anxietății. Bazându-se pe modelul cognitiv al anxietății propus pentru prima dată de Beck și colab. (1985), cartea aceasta prezintă o formulare cognitivă mai nuanțată, mai elaborată și mai extinsă care cuprinde progresele majore înregistrate în cercetarea clinică cognitivă a anxietății. Alături de strategiile fundamentate teoretic pentru evaluarea și tratamentul de tip cognitiv, prezentăm o evaluare sistematică a statutului empiric al reformulării de față. În capitolele următoare, sunt prezentate teoriile cognitive specifice fiecărei tulburări, cercetarea și tratamentul pentru formele majore ale tulburărilor de anxietate: tulburarea de panică, fobia socială, TAG, TOC și TSPT. Spre satisfacția noastră, perspectiva cognitivă este în continuare deosebit de promițătoare în ceea ce privește progresul în înțelegerea anxietății și pentru găsirea unor abordări terapeutice inovatoare.

CAPITOLUL 2

MODELUL COGNITIV AL ANXIETĂȚII

În terapia cognitivă a anxietății și a depresiei, pacienților li se dă o învățătură esențială: „Felul în care gândești influențează felul în care te simți." Această afirmație simplă constituie temelia teoriei și a terapiei cognitive a tulburărilor afective și, totuși, se întâmplă deseori ca indivizii să nu-și dea seama de modul în care propriile gânduri le afectează dispoziția afectivă. Având în vedere starea de activare fiziologică intensă și incontrolabilă prezentă adesea în perioadele de anxietate acută, este explicabil ca indivizii care o trăiesc să nu-i poată identifica substratul cognitiv. Chiar dacă nu este recunoscută, cogniția are o funcție importantă de mediere între situație și afect, după cum indică această diagramă:

Situație declanșatoare ⟶ Gând anxios/Evaluare ⟶ Anxietate

De obicei, indivizii presupun că situațiile și nu cognițiile (cu alte cuvinte, evaluările) sunt responsabile pentru anxietatea resimțită. Să luăm ca exemplu felul în care vă simțiți înainte de un examen important. Anxietatea va fi intensă, dacă vă așteptați la un examen dificil și aveți îndoieli în privința nivelului pregătirii dumneavoastră. Pe de altă parte, dacă vă așteptați ca examenul să fie destul de ușor sau dacă sunteți siguri că v-ați pregătit cum trebuie, anxietatea va fi scăzută. Acest lucru este valabil și în cazul discursurilor publice. Dacă evaluați audiența ca fiind prietenoasă și receptivă la discursul dumneavoastră, anxietatea va fi mai redusă decât în cazul în care o considerați critică, plictisită sau în dezacord cu prelegerea dumneavoastră. În fiecare dintre aceste exemple, ceea ce determină nivelul de anxietate nu este situația în sine (de exemplu, susținerea unui examen, a unui discurs sau o simplă conversație), ci, mai degrabă, modul în care aceasta este estimată sau evaluată. Modul în care gândim este ceea ce exercită o influență puternică asupra faptului că ne simțim anxioși sau calmi.

Perspectiva cognitivă ne ajută să înțelegem unele aparente contradicții în tulburările de anxietate. Cum este posibil ca o persoană să fie atât de anxioasă în fața unei amenințări iraționale și foarte improbabile (de exemplu, că s-ar putea, brusc, să mi se oprească respirația) și, totuși, să reacționeze relaxat și fără să dea semne de anxietate când se confruntă cu pericole mai realiste (de exemplu, să se îmbolnăvească de cancer pulmonar din cauza dependenței cronice de nicotină)? Ce determină natura deosebit de selectivă și de specifică din punct de vedere situațional a anxietății? De ce este anxietatea atât de persistentă, în ciuda faptului că, în mod repetat, s-a dovedit că pericolul anticipat este inexistent?

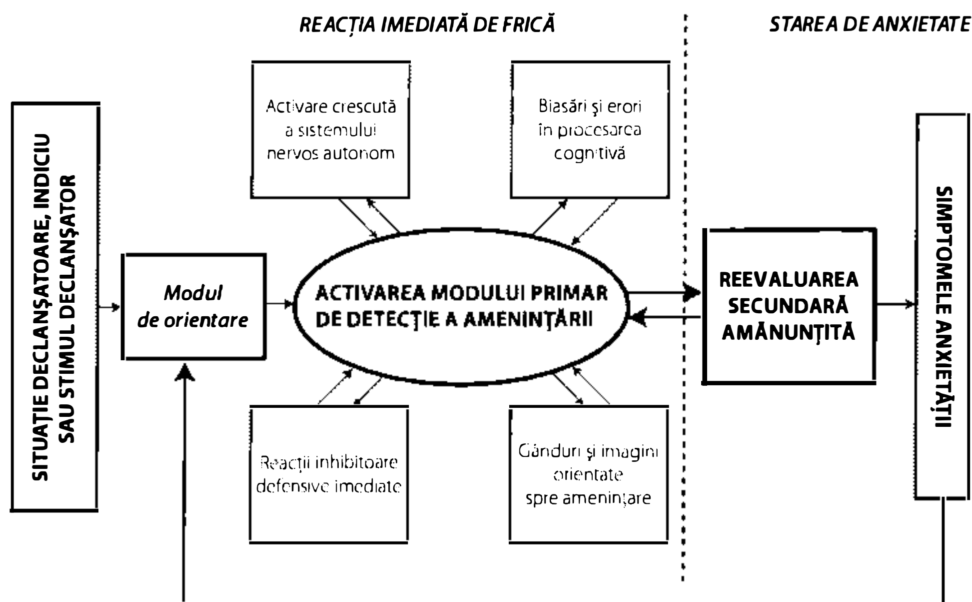


FIGURA 2.1. Modelul cognitiv al anxietății

În acest capitol, examinăm natura și persistența anxietății. Vom prezenta modelul cognitiv al anxietății ca explicație pentru una dintre cele mai importante și dificile întrebări cu care se confruntă cercetătorii și practicienii din domeniul sănătății mintale: *De ce persistă anxietatea în ciuda absenței pericolului și în pofida efectelor dezadaptative evidente ale acestei stări afective deosebit de nocive?* Capitolul începe cu o prezentare generală a modelului cognitiv (Figura 2.1), urmată de discutarea principiilor sale de bază, de o descriere a modelului, de analiza substratului cognitiv al anxietății normale și al celei anormale și de o prezentare a ipotezelor cognitive fundamentale.

PREZENTARE GENERALĂ A MODELULUI COGNITIV AL ANXIETĂȚII

Anxietatea: o stare de vulnerabilitate accentuată

Perspectiva cognitivă asupra anxietății se concentrează în jurul noțiunii de *vulnerabilitate*. Beck, Emery și Greenberg (1985) au definit vulnerabilitatea ca „percepția individului despre sine ca ființă expusă pericolelor interne sau externe asupra cărora nu deține niciun control sau deține un control insuficient pentru a-și asigura sentimentul de siguranță. În cazul sindroamelor clinice, sentimentul de vulnerabilitate este amplificat de anumite procese cognitive disfuncționale" (pp. 67-68).

În anxietate, această senzație accentuată de vulnerabilitate este pusă în evidență de evaluările biasate și exagerate ale unei posibile vătămări la nivel personal, ca reacție la stimuli neutri sau care sunt complet inofensivi. Această *evaluare primară a amenințării* presupune o perspectivă eronată, în cadrul căreia probabilitatea apariției pericolului și percepția gravității acestuia sunt mult supraestimate. Rachman (2004) a observat că indivizii temători sunt mult mai predispuși să supraestimeze intensitatea unei amenințări, ceea ce conduce la un comportament de evitare. În același timp, indivizii anxioși nu reușesc să perceapă aspectele legate de siguranță în situațiile pe care le evaluează din perspectiva amenințării și, în felul acesta, au tendința de a-și subestima capacitatea de a face față amenințării sau pericolului pe care îl anticipează (Beck și colab., 1985, 2005). Această *evaluare secundară amănunțită* apare, totuși, imediat, ca rezultat al evaluării primare a amenințării, iar, în stările anxioase, ea amplifică percepția inițială a amenințării. Astfel, intensitatea unei stări de anxietate depinde de echilibrul dintre evaluarea inițială a amenințării și evaluarea secundară a capacității de coping și a siguranței. Nivelul sau intensitatea anxietății poate fi exprimată în felul următor:

Anxietate ridicată = ↑ probabilitate/severitate a amenințării + ↓ coping și siguranță

Anxietate scăzută = ↓ probabilitate/severitate a amenințării + ↑ coping și siguranță

Anxietate moderată = ↔ probabilitate/severitate a amenințării + ↔ coping și siguranță

Beck și Greenberg (1988) au observat că percepția pericolului declanșează un „sistem de alarmă" care cuprinde unele procese primare comportamentale, fiziologice și cognitive, care au evoluat pentru a ne proteja specia de suferință fizică și de pericol (a se vedea, de asemenea, Beck, 1985). Mobilizarea comportamentală pentru a face față pericolului poate să presupună o reacție de tipul „luptă sau fugi" (evadare sau evitare), dar poate să cuprindă și alte comportamente utile, cum ar fi apelul la ajutor, adoptarea unei posturi defensive sau negocierea în scopul de a diminua pericolul (Beck și colab., 1985, 2005). Activarea sistemului nervos autonom și alte reacții fiziologice care au loc în timpul vulnerabilității în fața amenințării sunt aspecte importante ale acestui

sistem timpuriu automat de apărare. Prezența anxietății activează mobilizarea la nivel comportamental pentru a face față amenințării percepute. Deși această mobilizare comportamentală primară a evoluat ca reacție rapidă și eficace în fața pericolului fizic, ea poate reduce performanța în sine, atunci când este activată în situații inofensive sau în circumstanțele complexe, difuz stresante ale societății contemporane. Mobilizarea sistemului primar de apărare poate avea și efecte adverse, atunci când se interpretează că ar semnala o tulburare majoră, ca de exemplu în cazul în care o persoană suferind de tulburarea de panică interpretează greșit ritmul cardiac accelerat drept semn al unui posibil atac de cord (Beck și colab., 1985; D.M. Clark și Beck, 1988).

Al doilea tip de reacție comportamentală observată deseori în stările anxioase ca rezultat al percepției amenințării este imobilitatea în situații în care un coping activ ar putea amplifica pericolul real sau imaginar (Beck și colab., 1985). Semne ale acestei reacții de imobilitate se manifestă ca senzații de „înghețare", de leșin sau de „amețeală". Această imobilitate se asociază cu posibilitatea, la nivel cognitiv, de a fi total neputincios. Reacția de imobilitate apare în anxietatea socială, atunci când o persoană deosebit de anxioasă simte că leșină înainte de a începe un discurs public.

Deși mobilizarea comportamentală și activarea fiziologică sunt importante, evaluarea primară inițială a amenințării, combinată cu evaluarea secundară a calităților personale necorespunzătoare și a lipsei de siguranță, este un factor responsabil pentru declanșarea anxietății. În acest sens, cogniția eronată este necesară dar nu suficientă pentru a genera o stare de anxietate. Modelul cognitiv al anxietății își are originea într-o perspectivă de procesare a informațiilor în care o tulburare emoțională apare din cauza funcționării excesive sau deficitare a aparatului cognitiv. Anterior, am definit *procesarea informațiilor* ca fiind „structurile, procesele și produsele implicate în reprezentarea și în transformarea sensului, bazându-se pe datele senzoriale obținute din mediul extern și din cel intern" (D.A. Clark și colab., 1999, p. 77).

Prin urmare, anxietatea este produsul unui sistem de procesare a informațiilor care interpretează o situație ca fiind amenințătoare pentru interesele vitale și pentru starea de bine a individului. În cazul acesta, se generează un sens „amenințător", care este aplicat situației respective. Rolul central al conferirii sensului de amenințare (adică procesarea informațiilor) este ilustrat printr-un exemplu oferit de Beck și colab., (1985, 2005). Majoritatea indivizilor pășesc cu ușurință, fără frică, pe o scândură lată de 15 cm plasată la 30 centimetri înălțime. Dacă ridicăm scândura la 3 metri înălțime, majoritatea indivizilor se vor teme foarte tare și vor refuza să pășească pe scândură. Ceea ce deosebește cele două experiențe emoționale în aceste situații este faptul că indivizii estimează mersul pe o scândură aflată la 3 metri înălțime ca fiind foarte periculos. De asemenea, ei își pun problema dacă își vor putea păstra echilibrul și chiar simt amețeală și instabilitate dacă se aventurează câțiva centimetri pe scândură. Deși scândura este la înălțimi diferite, abilitatea lor de a discrimina frica sau anxietatea depinde de percepția pericolului. La baza stărilor de anxietate de intensitate clinică stau percepții similare ale pericolului. Modelul cognitiv consideră anxietatea clinică o reacție față de o evaluare neadecvată și exagerată a vulnerabilității personale, datorată unui

sistem incorect de procesare a informaţiilor care interpretează în mod greşit anumiţi stimuli sau unele situaţii neutre ca fiind ameninţătoare. Această observaţie este în perfectă concordanţă cu definiţia fricii şi cu cea a anxietăţii, propuse în Capitolul 1. Bazându-se pe conceptul de vulnerabilitate, Figura 2.1 ilustrează structurile, procesele şi produsele sistemului de procesare a informaţiilor, care sunt implicate în manifestarea anxietăţii.

Instrucţiuni pentru clinician 2.1

Corectarea evaluărilor eronate ale ameninţării şi a evaluărilor secundare ale vulnerabilităţii constituie o abordare fundamentală în terapia cognitivă, fiind considerată necesară pentru reducerea anxietăţii.

Procesarea automată şi procesarea strategică

Modelul cognitiv admite de la bun început faptul că atât procesele automate, cât şi cele strategice sunt implicate în anxietate (a se vedea Beck şi Clark, 1997). Tabelul 2.1 prezintă caracteristicile definitorii ale procesării automate şi ale procesării strategice sau controlate, conturate pentru prima dată de către Beck şi Clark (1997).

La nivel cognitiv, procesarea automată în anxietate a fost demonstrată cel mai clar prin biasarea atenţională preconştientă a stimulilor ameninţători, evidenţiată prin sarcini de tip Stroop şi Dot Probe (Macleod, 1999). Rezultatele obţinute la teste de memorie implicită sugerează prezenţa unei biasări automate a memoriei faţă de informaţiile negative în cazul tulburărilor de anxietate (Coles şi Heimberg, 2002; Williams şi colab., 1997). Cercetarea privind condiţionarea clasică a demonstrat dobândirea reacţiilor condiţionate de frică (de exemplu, o reacţie de conductanţă cutanată) la anumiţi stimuli ascunşi relevanţi pentru frică, prezentaţi în afara nivelului conştientului, care au indicat faptul că învăţarea fricii poate să aibă loc sub forma unui proces preconştient automat (Öhman şi Wiens, 2004). Cercetările lui LeDoux (1996) demonstrează, la rozătoare, dobândirea reacţiilor de frică faţă de stimuli auditivi pe calea subcorticală talamo-amigdaliană, care ocoleşte centrii corticali de ordin superior pentru gândire, raţionament şi conştiinţă. În mod clar, anumite procese cognitive, neurofiziologice şi de învăţare, care sunt esenţiale pentru starea de anxietate, se produc la nivelul procesării automate.

Cu toate că procesele automate sunt importante în anxietate, nu trebuie să trecem cu vederea rolul central pe care îl au procesele mai lente, mai elaborate şi procesele strategice în persistenţa anxietăţii. Judecăţile, raţionamentul, memoria şi gândirea influenţate de ameninţare sunt părţi esenţiale ale manifestării subiective a anxietăţii care îi motivează pe indivizi să apeleze la tratament. Trebuie, de asemenea, să luăm în considerare importanţa îngrijorării, a ruminaţiei anxioase, a imaginilor ameninţătoare şi a amintirilor traumatice, dacă vrem să înţelegem tulburările de anxietate.

TABELUL 2.1. Caracteristici ale procesării automate și ale procesării strategice

Procesare automată	Procesare strategică(controlată)
• Lipsită de efort	• Solicitantă
• Involuntară	• Voluntară
• Neintenționată	• Intenționată
• Preponderent preconștientă	• Complet conștientă
• Rapidă, dificil de întrerupt sau de controlat	• Lentă, mai ușor de controlat
• Capacitate de procesare atențională minimă	• Necesită o procesare atențională îndelungată
• Capabilă de procesare paralelă	• Se bazează pe procesarea în serie
• Stereotipă, implică sarcini cunoscute și îndelung repetate	• Poate aborda sarcini noi, dificile și neexperimentate
• Nivel redus de procesare cognitivă cu analiză minimă	• Niveluri ridicate de procesare cognitivă care implică sinteză și analiză semantică

De fapt, procesarea strategică controlată ne permite să interpretăm informații noi și complexe. McNally (1995) a ajuns la concluzia că, datorită abilității sale de a conferi sens, este nevoie de o procesare strategică amănunțită pentru ca o persoană anxioasă să ajungă să interpreteze în mod eronat situații inofensive ca fiind amenințătoare. În plus, orice sarcină cognitivă presupune o combinație de procesări automate și strategice, astfel încât niciun aspect specific al procesării informațiilor nu trebuie să fie catalogat dihotomic ca fiind automat sau strategic, ci, mai degrabă, ca reflectând un tip de procesare mai mult decât altul (a se vedea McNally, 1995). Mai mult, caracterul involuntar și nu cel de preconștiență (adică în afara conștiinței) constituie caracteristica fundamentală a automatismului în stările de anxietate (McNally, 1995; Wells și Matthews, 1994).

În modelul cognitiv (Figura 2.1), orientarea inițială către amenințare presupune un proces preconștient, predominant automat. Activarea *modului primar de detecție a amenințării* (adică evaluarea primară a amenințării) va fi cu precădere automată, deoarece este necesară o evaluare rapidă și eficientă a unei posibile amenințări pentru supraviețuirea organismului. (Termenul *mod* se referă la un cluster de scheme interconectate, organizat pentru a răspunde solicitărilor specifice care țin de interesele vitale, de supraviețuire și de adaptare [Beck, 1996; Beck și colab., 1985, 2005; Clark și colab., 1999].) Chiar și la acest nivel al reacției imediate la amenințare, trebuie să se producă o procesare strategică, controlată, datorită experienței noastre subiective, conștiente, a distresului asociat cu evaluarea amenințării. Pe măsură ce trecem la evaluarea secundară a resurselor de coping, a prezenței sau a absenței siguranței și la reevaluarea amenințării inițiale, acest aspect al procesării informațiilor devine mult mai controlat, mai strategic și mai amănunțit. Nici la acest nivel secundar responsabil pentru o reacție susținută de anxietate, procesarea nu va fi complet strategică, după cum este evident în procese precum îngrijorarea și ruminația anxioasă.

Instrucțiuni pentru clinician 2.2

Terapia cognitivă îi învață pe indivizi să fie mai conștienți de evaluările imediate ale amenințării și să-și corecteze procesele cognitive secundare dezadaptative.

PRINCIPII FUNDAMENTALE ALE MODELULUI COGNITIV AL ANXIETĂȚII

Dezvoltarea modelului cognitiv (a se vedea Figura 2.1) s-a întemeiat pe mai multe elemente derivate din perspectiva cognitivă. Acestea au fost formulate pentru prima dată în modelul cognitiv original al anxietății (Beck și colab., 1985, 2005) și sunt descrise în secțiunile următoare (a se vedea Tabelul 2.2, pentru o definire a principiilor fundamentale).

TABELUL 2.2. Principii fundamentale ale modelului cognitiv al anxietății

Evaluări exagerate ale amenințării
Anxietatea se caracterizează printr-o atenție sporită și deosebit de selectivă față de riscul, amenințarea sau pericolul la adresa persoanei, acestea fiind percepute ca având un impact grav asupra intereselor vitale și asupra stării de bine.

Neajutorare accentuată
Anxietatea implică o evaluare incorectă a resurselor personale de coping, ceea ce determină subestimarea propriei abilități de a face față unei amenințări percepute.

Procesare inhibitorie a informațiilor privind siguranța
Stările de anxietate sunt caracterizate printr-o procesare inhibată sau extrem de restricționată a indiciilor și a informațiilor privind siguranța și care exprimă o probabilitate și o severitate reduse ale amenințării sau ale pericolului perceput.

Gândire constructivă sau reflexivă deficitară
În timpul stării de anxietate, accesarea gândirii mai constructive, mai logice și mai realiste și a raționamentului complex este dificilă, de aceea ele sunt folosite în mod ineficient pentru diminuarea anxietății.

Procesare automată și strategică
Anxietatea implică o combinație de procese cognitive automate și strategice care sunt responsabile pentru caracterul involuntar și incontrolabil al anxietății.

Un proces care se autoperpetuează
Anxietatea implică un cerc vicios în care atenția sporită asupra propriei persoane, urmărind semnele și simptomele anxietății, va contribui ea însăși la intensificarea distresului subiectiv.

Caracterul primordial al cogniției
Evaluarea cognitivă primară a amenințării și evaluarea secundară a vulnerabilității personale se pot generaliza, astfel încât o paletă mai largă de situații sau de stimuli ajung să fie percepuți în mod greșit ca fiind amenințători și, astfel, sunt mobilizate în mod neadecvat diverse reacții de apărare fiziologice și comportamentale pentru a face față amenințării.

Vulnerabilitatea cognitivă la anxietate
Susceptibilitatea crescută față de anxietate este rezultatul convingerilor (schemelor cognitive) fundamentale persistente privind vulnerabilitatea personală sau neajutorarea, precum și caracterul proeminent al amenințării.

Evaluări exagerate ale amenințării

Am introdus anterior conceptul de evaluare exagerată a amenințării ca trăsătură primordială, fundamentală, a anxietății. Procesul de estimare sau de evaluare a indiciilor externe sau interne ca posibile amenințări, pericole sau vătămări ale resurselor vitale personale sau a stării de bine implică un sistem de apărare cognitiv, fiziologic, comportamental și afectiv rapid, automat și extrem de eficient, care a evoluat pentru a proteja și pentru a asigura supraviețuirea organismului. Numeroși teoreticieni au observat semnificația evoluționistă evidentă a unui sistem cognitiv pregătit să scaneze rapid și selectiv mediul pentru a identifica orice ar fi putut constitui un pericol fizic pentru strămoșii noștri primitivi (Beck, 1985; D.M. Clark și Beck, 1988; Craske, 2003; Öhman și Mineka, 2001). Amenințarea este evaluată rapid din punctul de vedere al proximității temporale/fizice sau al capacității de a se intensifica (adică „iminența amenințării" [Craske, 2003] sau „vulnerabilitatea care se conturează" [Riskind și Williams, 2006]), al probabilității apariției și al gravității rezultatului. Împreună, aceste caracteristici evaluate ale stimulului au drept rezultat aprecierea inițială a *valorii amenințării.*

Această atribuire primară de valoare amenințării este inerentă în toate stările de anxietate. În modelul cognitiv, această evaluare inițială, relativ automată, a amenințării se datorează activării modului primar de detecție a amenințării (a se vedea Figura 2.1). Evaluarea amenințării va implica diverse procese și structuri cognitive, cuprinzând atenția, memoria, judecata, raționamentul și gândirea conștientă. Acest lucru este ilustrat în exemplul următor. Imaginați-vă un individ care aleargă pe un drum de țară, destul de izolat. Brusc, aude un câine lătrând în curtea unei case de care se apropie. Instantaneu, mușchii i se contractă, pasul îi devine mai alert, respirația și ritmul cardiac sunt accelerate. Reacțiile acestea față de câinele care latră sunt declanșate de o evaluare inițială foarte rapidă a amenințării, care este doar înregistrată de conștiința individului: „Sunt în pericol de a fi atacat?". Situației i se va atribui o valoare ridicată de amenințare, dacă individul aleargă aproape de casa respectivă, dacă se gândește că există o mare posibilitate ca acel câine să fie dezlegat și dacă presupune că este vorba despre un câine mare și rău (grad ridicat de severitate). Pe de altă parte, individul poate să

confere ameninţării o valoare mai scăzută, în funcţie de distanţa mai mare faţă de câine sau dacă ajunge la concluzia că, probabil, câinele este legat sau că este doar un animal de casă prietenos. În concluzie, indiferent de faptul că este vorba despre stări normale sau anormale de anxietate, evaluarea imediată a ameninţării este prezentă în toate tipurile de experienţe. În anxietatea clinică, evaluarea primară a ameninţării este exagerată şi disproporţionată faţă de valoarea reală a ameninţării reprezentate de un eveniment.

Instrucţiuni pentru clinician 2.3

Terapia cognitivă se concentrează asupra ajutorului dat pacienţilor pentru a-şi recalibra evaluările exagerate ale ameninţării şi a-şi creşte toleranţa la riscul şi la incertitudinea legate de stările lor anxioase.

Neajutorarea exagerată

Estimarea secundară a propriilor resurse şi a abilităţii de coping implică o evaluare strategică mai conştientă a capacităţii individului de a reacţiona în mod constructiv în faţa ameninţării pe care o percepe. Această estimare se produce în faza secundară detaliată a modelului cognitiv (a se vedea Figura 2.1). Această estimare secundară va implica şi conceptele lui Bandura (1977, 1989) de autoeficacitate („Sunt în stare să fac faţă acestei ameninţări?") şi de aşteptare a rezultatului („Ce şanse sunt ca eforturile mele să reducă sau să elimine ameninţarea?"). Autoeficacitatea şi aşteptările pozitive în privinţa rezultatului pot să conducă la o reducere a anxietăţii, în special dacă eforturile iniţiale de a se confrunta cu ameninţarea au avut succes. Pe de altă parte, perceperea unei autoeficacităţi reduse şi aşteptările negative privind rezultatul vor duce la un sentiment accentuat de neajutorare şi la stări anxioase mai puternice.

Deşi estimarea secundară a resurselor de coping este declanşată de evaluarea primară a ameninţării, amândouă survin aproape simultan, ca o evaluare cognitivă intens reciprocă şi interactivă (Beck şi colab., 1985, 2005). Aşa cum am menţionat anterior, intensitatea anxietăţii va depinde de raportul dintre gradul de ameninţare şi perceperea propriei capacităţi de a face faţă pericolului. În cazul nostru, cu individul care aude câinele lătrând, anxietatea ar fi redusă dacă acesta şi-ar aminti experienţe pozitive în care a avut de-a face cu câini sau dacă şi-ar aminti că are la el un spray cu substanţă iritantă, pentru autoapărare. În anxietatea clinică, indivizii au o senzaţie accentuată de neajutorare în faţa anumitor ameninţări pe care le percep şi, de aceea, vor ajunge la concluzia că nu sunt în stare să facă faţă pericolului anticipat.

Instrucţiuni pentru clinician 2.4

Sporirea încrederii în propria persoană de a face faţă confruntării cu ameninţarea şi cu nesiguranţa este un obiectiv important al terapiei cognitive a anxietăţii.

Procesarea inhibitorie a siguranței

Beck (1985) a observat că anxietatea nu se caracterizează doar printr-o procesare selectivă amplificată a pericolului, ci şi printr-o suprimare selectivă a informațiilor, care nu este în concordanță cu pericolul perceput. D.M. Clark şi Beck (1988) au inclus factori de salvare subestimați (ceea ce pot face ceilalți pentru a ajuta), ca element de eroare cognitivă care va contribui la evaluarea exagerată a amenințării în anxietate. Se sugerează că, în tulburările de anxietate, formarea imediată şi automată a estimării amenințării, bazată pe activarea schemelor cognitive pentru amenințare, va biasa în asemenea măsură sistemul de procesare a informațiilor în sensul detectării şi al evaluării amenințării, încât orice informații care nu sunt concordante cu schemele cognitive pentru amenințare vor fi filtrate sau chiar ignorate. Ca rezultat, orice informații corective care ar putea conduce către o reducere a valorii amenințării conferite situației respective se vor pierde, iar anxietatea persistă. Prin urmare, în exemplul nostru, alergătorul care este deosebit de anxios din cauza câinelui care latră, nu va observa gardul din jurul proprietății, care reduce şansele câinelui de a năvăli în stradă. Această aparentă inabilitate de a procesa aspectele care țin de siguranța unei situații este evidentă în tulburările de anxietate, aşa cum este cazul persoanei anxioase înaintea susținerii unui discurs, care nu reuşeşte să proceseze semnele privind receptivitatea auditoriului sau cazul studentului anxios înaintea testului, care răspunde corect la majoritatea întrebărilor dificile.

O altă consecință a procesării inhibate a indiciilor privind siguranța este aceea că persoana poate căuta modalități neadecvate de a-şi întări siguranța sau de a evita pericolul. Persoana suferind de agorafobie se va aventura să iasă din casă doar împreună cu anumiți membri ai familiei, deoarece acest lucru pare să reducă posibilitatea declanşării unui atac de panică, iar individul cu obsesii legate de contaminare va dezvolta anumite ritualuri compulsive pentru a reduce anxietatea şi pentru a-şi consolida sentimentul de siguranță față de perspectiva contaminării. Salkovskis (1996b) a constatat că evitarea şi comportamentul de căutare a siguranței pot contribui la persistența anxietății, deoarece amândouă împiedică infirmarea faptului că amenințarea percepută este nesemnificativă sau că aceasta nu se va produce. Astfel, în cazul anxietății privind starea de sănătate, persoana va petrece ore întregi căutând pe Internet informații care să confirme că o anumită iritație a pielii este benignă şi nu este un semn de melanom. Oricum, în cazul acesta, comportamentul de căutare a siguranței (adică de liniştire) poate fi deosebit de dezadaptativ şi poate să contribuie în mod semnificativ la intensificarea anxietății, deoarece individul nu reuşeşte să găsească dovezi convingătoare care să-i infirme temerile privind iritația pielii. O altă formă a biasării influențate de inexistența dovezilor care infirmă temerile apare atunci când o persoană suferind de o tulburare de panică, de exemplu, începe să-şi controleze respirația (comportament orientat către căutarea siguranței) de fiecare dată când are senzația lipsei de aer şi se teme că se va sufoca. În cazul acesta, controlul respirației împiedică persoana să-şi dea seama că senzația nu va avea rezultatul catastrofal al sufocării.

Instrucțiuni pentru clinician 2.5

Îmbunătățirea sistemului de procesare a semnelor de siguranță care infirmă amenințările percepute constituie un element important al terapiei cognitive a tulburărilor de anxietate.

Gândire constructivă sau reflexivă deteriorată

În timpul stărilor anxioase, modurile constructive de gândire sunt mai puțin accesibile. Aceasta înseamnă că se ajunge mai greu la un raționament deductiv mai lent, mai logic şi mai solicitant care presupune o procesare echilibrată şi completă a potențialului de amenințare al unei situații. Această abordare reflexivă, mai constructivă, a amenințării este controlată în mod conştient şi de aceea necesită mai mult timp şi un efort mai mare, ea implicând o evaluare mai completă a caracteristicilor amenințării şi ale siguranței situației, precum şi o selecție a comportamentelor instrumentale de coping cu anxietatea. Beck şi colab. (1985, 2005) au observat că modul acesta constructiv de gândire poate fi un *sistem de diminuare a anxietății*, alternativ procesului primar automat de evaluare a amenințării, care amplifică anxietatea. Oricum, această orientare cognitivă rațională elaborată pare că se pierde în cazul indivizilor deosebit de anxioşi. Predominanța modului primar de detecție a amenințării pare să inhibe accesul spre modul constructiv de gândire. Beck (1996) a afirmat că, odată activat, un mod automat sau unul primar de gândire va tinde să proceseze informațiile dominante până când dispare situația declanşatoare.

Relativa inaccesibilitate a gândirii constructive contribuie la persistența anxietății. Beck (1987) susține că un factor esențial în starea de panică este incapacitatea de a estima în mod realist (adică de a testa, de a recurge la experiențe trecute, de a genera explicații alternative) o senzație fizică specifică (de exemplu, durerea toracică), altfel decât dintr-o perspectivă catastrofică. Existența gândirii reflexive deficitare este punctul esențial de acces pentru terapia cognitivă a anxietății. Pacienții sunt învățați abilități de restructurare cognitivă care vor constitui modalități de dezvoltare a unei perspective cognitive mai constructive asupra amenințării percepute.

Instrucțiuni pentru clinician 2.6

Terapia cognitivă caută să îmbunătățească accesul la gândirea reflexivă, precum şi eficacitatea acesteia în contracararea estimărilor imediate eronate ale amenințării.

Procesarea automată şi strategică

Am discutat deja despre modul în care procesele automate şi cele strategice sunt evidente la nivelul diverselor fațete ale fundamentului

cognitiv al anxietății. Procesarea automată va fi mai pregnantă în estimarea primară timpurie a amenințării, care presupune activarea modului primar al amenințării, în timp ce procesarea strategică controlată va fi mai evidentă în faza secundară a reevaluării amenințării, a resurselor de coping şi de căutare a siguranței. Având în vedere această combinație de procesare automată cu procesare controlată, se pune întrebarea dacă reflecția voluntară, mai anevoioasă, poate avea, într-adevăr, un efect semnificativ în diminuarea anxietății.

Aşa cum am menționat anterior, există numeroase dovezi empirice obținute în urma experimentelor de condiționare în sprijinul faptului că reacțiile învățate de frică se pot diminua prin transmiterea socială de informații (de exemplu, a se vedea analiza lui Brewin, 1988). În plus, informațiile privind predictibilitatea şi controlabilitatea amenințării, a pericolului sau a altor evenimente negative viitoare determină în mare măsură prezența sau absența aprehensiunii anxioase (Barlow, 2002). De asemenea, experiența clinică şi personală sprijină afirmația conform căreia cogniția controlată conştientă poate avea un efect important de diminuare a anxietății. În viața cotidiană, ni s-a întâmplat tuturor să corectăm un sentiment inițial de anxietate prin reanalizarea logică controlată, elaborată, a amenințării percepute. Prin urmare, dovezile experimentale şi anecdotice sunt în concordanță cu afirmația de principiu în terapia cognitivă, conform căreia intervențiile terapeutice, cum este restructurarea cognitivă, care se bazează pe procese controlate, solicitante, ale gândirii, pot contribui semnificativ la diminuarea anxietății.

Prezența procesării cognitive automate reflexive în anxietate înseamnă, într-adevăr, că în scopul reducerii anxietății, alături de intervențiile cognitive controlate, vor fi necesare intervențiile existențiale sau comportamentale, cum ar fi expunerea directă la stimulul fricii. Strategiile de tratament bazate pe expunere sunt importante, deoarece permit o activare mai profundă, mai generalizată şi mai puternică a schemelor cognitive legate de amenințare şi oferă posibilitatea de a colecta dovezi directe care infirmă valoarea ridicată de amenințare conferită inițial de către pacientul anxios (pentru detalii, a se vedea Foa şi Kozak, 1986). Aceste experiențe comportamentale devin şi instrumente puternice pentru întărirea încrederii în propria capacitate de a se confrunta cu amenințarea anticipată. Capitolul 6 prezintă intervenții cognitive la nivelul de procesare strategică, iar Capitolul 7 prezintă diverse exerciții comportamentale folosite pentru obținerea dovezilor care infirmă amenințarea.

Instrucțiuni pentru clinician 2.7

Intervențiile la nivelul procesării cognitive strategice şi exercițiile preponderent comportamentale şi existențiale sunt folosite pentru modificarea estimărilor imediate ale amenințării şi pentru diminuarea stărilor intense de anxietate.

Un proces care se autoperpetuează

Un episod de anxietate poate dura între câteva minute şi mai multe ore. De fapt, unii pacienţi suferind de TAG se plâng că nu se simt niciodată eliberaţi de anxietate. Prin urmare, persistenţa anxietăţii trebuie văzută ca un cerc vicios sau ca un proces care se autoperpetuează. După ce a fost activat programul de anxietate, acesta are tendinţa de a se autoperpetua prin mai multe procese. Întâi, atenţia concentrată asupra propriei persoane se amplifică în stările de anxietate, astfel încât indivizii devin foarte conştienţi de propriile gânduri şi comportamente legate de anxietate. Această atenţie accentuată faţă de simptomele anxietăţii va intensifica aprehensiunea subiectivă a individului. În al doilea rând, prezenţa anxietăţii poate deteriora performanţa individului în anumite situaţii ameninţătoare, aşa cum este cazul persoanei anxioase care simte un vid mintal sau începe să transpire abundent înainte de susţinerea unui discurs. Atenţia concentrată asupra acestor simptome poate foarte uşor să interfereze cu abilitatea persoanei de a susţine discursul.

În ultimă analiză, persoana anxioasă interpretează însăşi prezenţa anxietăţii ca pe o dezvoltare deosebit de ameninţătoare care trebuie diminuată cât mai repede pentru a reduce la minimum sau pentru a evita „efectele sale catastrofale". D.M. Clark şi colegii săi au elaborat modele cognitive şi intervenţii pentru tulburarea de panică, pentru fobia socială şi pentru TSPT, care pun accentul pe efectele vătămătoare ale interpretării eronate, de tipul catastrofării (sau cel puţin al reprezentării extrem de negative) a prezenţei simptomelor anxioase (D.M. Clark, 1996, 2001; D.M. Clark şi Ehlers, 2004). Prin urmare, caracteristica de autoperpetuare a anxietăţii indică faptul că orice intervenţie planificată să întrerupă acest ciclu trebuie să se confrunte cu evaluările legate de ameninţarea pe care o reprezintă chiar simptomele anxioase.

Instrucţiuni pentru clinician 2.8

Corectarea interpretărilor greşite ale simptomelor anxioase este o altă componentă importantă a terapiei cognitive a tulburărilor de anxietate.

Caracterul primordial al cogniţiei

Modelul cognitiv stabileşte faptul că problema centrală în tulburările de anxietate este activarea schemelor cognitive pentru ameninţare, care sunt deosebit de puternice şi care prezintă o perspectivă periculoasă exagerată asupra realităţii şi o imagine de sine ca persoană slabă, neajutorată şi vulnerabilă (Beck şi colab., 1985, 2005). Din perspectiva cognitivă, încă din faza de început a anxietăţii apare o evaluare iniţială rapidă şi involuntară a stimulilor ameninţării. În contextul acesta, considerăm cogniţia ca fiind elementul esenţial în dobândirea şi menţinerea reacţiilor de frică. În plus, datorită caracterului primordial sau importanţei cogniţiei, considerăm că este necesară o modificare a conceptualizării ameninţării, înainte de a ne putea

aştepta la o diminuare a anxietății. Fără tratament, estimarea şi reestimarea repetate ale amenințării şi ale vulnerabilității vor conduce la o generalizare a programului anxietății, astfel încât acesta va cuprinde o arie şi mai largă de situații pe care le discriminează.

> **Instrucțiuni pentru clinician 2.9**
>
> Pentru a contracara generalizarea şi persistența anxietății, este necesară modificarea evaluării cognitive a amenințării şi a vulnerabilității.

Vulnerabilitatea cognitivă la anxietate

Există diferențe individuale în ceea ce priveşte susceptibilitatea sau riscul de a dezvolta anumite tulburări de anxietate. Indivizii se confruntă cu un risc mai mare, din cauza unui istoric genetic, neurofiziologic sau de învățare care reprezintă factori cauzali în tulburările de anxietate (a se vedea Capitolul 1). Cu toate acestea, modelul cognitiv susține şi faptul că anumite scheme cognitive deosebit de rezistente, care implică reguli şi asumpții privind pericolul şi neajutorarea, pot să predispună un individ la anxietate. A se consulta Capitolul 4, pentru discutarea factorilor cognitivi, de personalitate şi emoționali care pot contribui la etiologia anxietății.

DESCRIEREA MODELULUI COGNITIV

Modelul cognitiv descris în Figura 2.1 este împărțit într-o fază incipientă, imediată a reacției de frică, urmată de o fază mai lentă, mai elaborată de procesare care determină persistența sau dispariția stării anxioase. Discutarea modelului cognitiv începe din partea stângă a diagramei şi se încheie în partea dreaptă. Deşi aceasta ne permite să oferim o prezentare sistematică a modelului cognitiv, în realitate toate structurile şi procesele implicate în anxietate sunt activate aproape simultan şi sunt atât de interconectate încât, pe tot parcursul programului anxietății, se pot vedea în mod clar conexiunile reciproce de tipul feed forward şi feedback.

Situații, evenimente şi stimuli declanşatori

Factorii de mediu sunt importanți în modelul cognitiv, deoarece anxietatea este un răspuns la un stimul intern sau extern care declanşează o evaluare a amenințării. În sensul acesta, modelul este în concordanță cu o perspectivă referitoare la predispoziția la stres, în care anumite situații sau anumiți stimuli (stresul) activează programul anxietății la indivizi care au o tendință persistentă de a genera estimări primare ale amenințării (diateza). Cu toate că este posibil ca anxietatea să apară spontan, aşa cum apar atacurile de panică „din senin”, pattern-ul mai comun este anxietatea activată de situație sau de stimul.

Tipurile de situații care declanșează anxietatea nu sunt distribuite în mod arbitrar. Situațiile sau stimulii declanșatori se deosebesc în funcție de tipul de tulburare de anxietate, situațiile sociale fiind, de exemplu, declanșatori relevanți în fobia socială, stimulii care declanșează amintirile unei traume din trecut sunt relevanți în TSPT, iar situațiile percepute ca riscante pentru declanșarea atacului de panică sunt relevante în tulburarea de panică. Cu toate că situațiile care provoacă anxietatea sunt idiosincratice și extrem de diverse chiar și în cadrul tulburărilor de anxietate specifice, un stimul va activa programul anxietății doar dacă este perceput ca o amenințare pentru interesele vitale ale individului (Beck și colab., 1985, 2005). Această amenințare poate fi simbolică sau ipotetică, așa cum este cazul în TAG, sau poate fi percepută ca fiind reală, așa cum se întâmplă când o persoană suferind de agorafobie crede că mersul la magazin îi va declanșa un atac de panică atât de puternic, încât va suferi un atac de cord și va muri.

Beck și colab. (1985, 2005) au conceptualizat interesele vitale în funcție de obiectivele deosebit de importante sau de efortul personal în domeniul social sau individual. „Sociabilitatea" (denumită mai târziu „sociotropie") se referă la obiective care implică stabilirea și menținerea unor relații apropiate, satisfăcătoare și care permit propria afirmare alături de alții, în timp ce „individualismul" (adică „autonomia") se referă la obiectivele relevante pentru obținerea unui sentiment personal de autoritate, de identitate și de independență. În plus, aceste obiective pot fi exprimate fie în sfera publică, fie în cea personală. Pornind de aici, se poate construi o clasificare a intereselor vitale, care permite o înțelegere mai bună a felului în care situațiile pot fi interpretate în manieră amenințătoare (a se vedea Tabelul 2.3).

TABELUL 2.3. Clasificarea amenințărilor legate de îngrijorările personale

Domeniu	Sociotropie	Autonomie
Îngrijorări vizând domeniul public	Dezaprobare	Pierdere
	Desconsiderare	Renunțare
	Separare	Desconsiderare
	Izolare	Înfrângere
Îngrijorări personale	Abandon	Dizabilitate
	Deprivare	Funcționare deficitară
	Dezaprobare	Boală
	Respingere	Moarte

Notă. După Beck, Emery și Greenberg (1985).

Năzuințele personale sau obiectivele de natură socială (sociotropia) în sfera publică se concentrează asupra relațiilor noastre în cadrul unor contexte sociale mai largi (de exemplu, un auditoriu, a fi într-o clasă sau la serviciu, la o petrecere), care oferă un sens de apartenență, de acceptare, de aprobare și de afirmare, în timp ce, în domeniul personal, aceleași năzuințe sociale se referă la relațiile noastre sociale binare mai intime (de exemplu, cu partenerii de viață, cu copiii, cu părinții), care oferă afecțiune, iubire, empatie și înțelegere. Obiectivele personale din sfera privată sunt concentrate asupra obținerii încrederii în propria persoană, a autorității, a independenței și a competenței, în timp ce individualismul (autonomia) în domeniul public se referă la

competiție și la comparație, unde alți oameni devin instrumente pentru atingerea obiectivelor și a standardelor personale. Sociotropia și autonomia sunt înțelese din perspectiva individului, astfel încât percepția acceptării, a aprobării, a independenței sau a competenței este ceea ce contează, și nu un standard „obiectiv" oarecare sau faptul că o persoană și-a atins sau nu obiectivele. De asemenea, indivizii se deosebesc în ceea ce privește valoarea sau importanța anumitor năzuințe legate de valoarea personală (pentru alte amănunte privind sociotropia și autonomia, a se vedea Beck, 1983; D. A. Clark și colab., 1999).

Este clar cum o situație poate fi percepută ca extrem de amenințătoare, dacă se crede că aceasta nu numai că interferează sau împiedică satisfacerea năzuințelor personale importante, ci, chiar mai rău, are rezultat o stare personală negativă dureroasă (de exemplu, izolare, respingere, înfrângere, chiar moarte). De exemplu, indivizii preocupați de aprobarea celorlalți se pot simți deosebit de anxioși dacă percep indicii sociale ale unei posibile dezaprobări sau o atitudine critică într-un anumit context social. Pe de altă parte, indivizii care prețuiesc foarte mult sănătatea și funcționarea optimă a minții și a trupului lor (năzuințe de autonomie în sfera personală) pot percepe orice semn de boală sau de moarte ca fiind o amenințare gravă pentru propria supraviețuire. Oricare dintre amenințările percepute care sunt comune tulburărilor de anxietate, cum ar fi cea legată de pierderea controlului sau de moarte - în tulburarea de panică și evaluarea negativă din partea altora - în fobia socială, pot fi înțelese în termenii amenințării intereselor vitale ale individului în sfera publică sau în cea personală a sociotropiei și a autonomiei.

Instrucțiuni pentru clinician 2.10

Determinarea intereselor vitale ale fiecărui individ în domeniile social și autonom este importantă pentru înțelegerea dezvoltării evaluărilor exagerate ale amenințării la adresa propriei persoane, care sunt subiacente anxietății.

Modalitatea de orientare

Beck (1996) a propus pentru prima dată un cluster de scheme numit *modalitatea de orientare* care oferă o percepție inițială foarte rapidă a unei situații sau a unui stimul. Modalitatea de orientare funcționează pe principiul corespondenței, astfel încât aceste scheme sunt activate în cazul în care caracteristicile unei situații se potrivesc cu șablonul modalității de orientare. Șablonul modalității de orientare poate fi destul de general, reflectând doar valența și posibila relevanță personală a unui stimul. Aceasta înseamnă că modalitatea de orientare poate fi biasată, favorizând detectarea stimulilor negativi și relevanți din perspectivă personală. Ne așteptăm, de asemenea, ca depresia și anxietatea să nu poată fi diferențiate la nivelul mecanismului orientării, prezentând o biasare orientată spre negativitate evidentă în ambele tulburări.

Modalitatea de orientare operează la nivelul automat preconştient şi determină o percepţie aproape instantanee a stimulilor negativi care ar reprezenta o posibilă ameninţare pentru supravieţuirea organismului. În plus, modalitatea de orientare este activată mai degrabă perceptual decât conceptual. Este „un sistem de detecţie anticipată" care identifică stimuli şi stabileşte prioritatea de procesare iniţială. În continuare, resursele atenţionale vor fi reorientate spre situaţii sau stimuli detectaţi de modalitatea de orientare. Întrucât funcţia modalităţii de orientare este supravieţuirea organismului, el este un proces de înregistrare foarte rapid, involuntar şi preconştient, acţionat de stimuli. În stadiul acesta, detectarea stimulului este globală şi nediferenţiată; întâi, identifică valenţa stimulilor (negativă, pozitivă, neutră) şi potenţiala relevanţă personală. În plus, modalitatea de orientare poate fi biasată către detectarea mai generală a stimulilor emoţionali (MacLeod,1999). Astfel, în tulburările de anxietate, modalitatea de orientare este reglată exagerat pe detectarea informaţiilor emoţionale negative, care, ulterior, vor fi interpretate ca fiind ameninţătoare, odată ce este activat modul primar de detecţie a ameninţării. Această biasare atenţională preconştientă înseamnă că persoana anxioasă are o tendinţă automată de a reacţiona în mod selectiv la materialul emoţional negativ, îngreunând în felul acesta dezactivarea programului anxietăţii.

Activarea modului primar de detecţie a ameninţării

Detectarea informaţiilor emoţionale negative care pot fi relevante pentru ameninţare, realizată de schemele de orientare, va genera o activare automată simultană a schemelor pentru ameninţare, denumite *modul primar de detecţie a ameninţării*. Activarea acestor scheme va avea ca rezultat producerea unei estimări primare a ameninţării. Folosim termenul „primar" în contextul acesta, deoarece acest cluster de scheme interrelaţionate este orientat către obiectivele fundamentale legate de evoluţia organismului: *sporirea la maximum a siguranţei şi reducerea la minimum a pericolului*. Din acest motiv, schemele primare relevante pentru ameninţare tind să fie rigide, inflexibile şi reflexive. Ele sunt un sistem automat de „reacţie rapidă", care permite detectarea imediată a ameninţării, pentru ca organismul să înceapă să-şi sporească siguranţa şi să diminueze pericolul. Odată activat, modul primar de detecţie a ameninţării tinde să atragă majoritatea resurselor noastre atenţionale şi domină sistemul de procesare a informaţiilor, astfel încât sunt blocate moduri mai lente, mai elaborate şi mai reflexive ale gândirii. Aceasta înseamnă că, odată activate, schemele pentru ameninţare devin deosebit de puternice şi de dominante, persoanei anxioase fiindu-i dificil să proceseze altceva în afară de ameninţare. Activarea simultană şi imediată a schemelor orientării şi ameninţării primare este evidenţiată în exemplul anterior al alergătorului. În mod subiectiv, alergătorul simte o tensiune şi o stare de anxietate neaşteptate în momentul în care aude câinele lătrând. Ceea ce s-a întâmplat între lătratul câinelui şi senzaţia de tensiune este o orientare către zgomotul câinelui şi estimarea automată primară „Ar putea să fie un pericol?", datorată activării schemelor pentru ameninţarea primară.

TABELUL 2.4. Schemele modului primar de detecție a amenințării

Tipul de schemă	Funcția
Cognitiv-conceptual	Reprezintă evaluări ale amenințării și ale pericolului la adresa stării personale de bine și absența sau improbabilitatea siguranței
Comportamental	Reprezintă comportamente defensive timpurii (mobilizare, imobilitate, fugă, evitare)
Fiziologic	Reprezintă perceperea stimulării sistemului nervos autonom, senzații fizice
Motivațional	Reprezintă scopuri referitoare la îndepărtarea de pericol; o dorință de a diminua imprevizibilitatea, lipsa de control și neplăcerea
Afectiv	Reprezintă sentimente subiective de nervozitate, agitație

Modul primar de detecție a amenințării este compus din diverse tipuri de scheme, toate având ca scop creșterea la maximum a siguranței și diminuarea la minimum a pericolului. Tabelul 2.4 prezintă diversele scheme cognitive ale modului amenințării și funcția lor.

Scheme cognitiv-conceptuale

Aceste scheme reprezintă convingeri, reguli și asumpții relevante pentru formularea inferențelor și a interpretărilor amenințării. Activarea schemelor cognitiv-conceptuale ale modului primar de detecție a amenințării are ca rezultat estimările primare ale amenințării. Ele permit selectarea, stocarea, recuperarea și interpretarea informațiilor în funcție de gradul de amenințare pentru resursele vitale ale individului. Ele reprezintă, de asemenea, informațiile despre sine în termeni de vulnerabilitate la amenințare, precum și convingeri specifice despre pericolul pe care îl prezintă anumite experiențe sau situații din mediul extern sau intern.

Scheme comportamentale

Schemele comportamentale cuprind coduri ale caracterului reacției și programe pentru pregătirea acțiunii care permit un răspuns defensiv automat foarte rapid și imediat la amenințare. Cel mai frecvent, aceasta implică o mobilizare comportamentală de tipul „luptă sau fugi", observată în mod obișnuit în stările de anxietate. Totuși, schemele comportamentale aparținând modului primar de detecție a amenințării ajută indivizii să perceapă și să-și evalueze reacția comportamentală inițială. Reacțiile comportamentale considerate eficace în reducerea imediată a amenințării vor fi consolidate și vor fi folosite în situații viitoare, în timp ce se va renunța la reacțiile comportamentale care nu produc o reducere imediată a anxietății sau a amenințării.

Scheme fiziologice

Aceste scheme reprezintă informaţii pertinente pentru stimularea sistemului nervos autonom şi pentru alte senzaţii fizice. Schemele fiziologice sunt implicate în procesarea stimulilor proprioceptivi şi le permit indivizilor să perceapă şi să-şi evalueze reacţiile fiziologice (D.A. Clark şi colab., 1999). Stările de anxietate sunt asociate deseori cu percepţii accentuate ale stimulării fiziologice care pot face ca situaţia să pară şi mai ameninţătoare. În tulburarea de panică, interpretarea anumitor senzaţii fizice (de exemplu, ritm cardiac accelerat, dureri toracice, respiraţie întretăiată) pot să constituie de fapt estimarea primară a ameninţării. În alte tulburări de anxietate, cum sunt fobia socială, TSPT sau TOC, amplificarea percepută a stimulării sistemului nervos autonom şi simptomele fizice ale stării de anxietate pot fi interpretate ca o confirmare a ameninţării. Schemele fiziologice ale modului ameninţării sunt responsabile pentru estimările privind ameninţarea, pe care le fac persoanele anxioase în legătură cu simptomele lor fizice accentuate.

Scheme motivaţionale

Aceste scheme sunt în strânsă legătură cu domeniul comportamental şi cuprind reprezentări ale obiectivelor şi ale intenţiilor noastre relevante pentru ameninţare. Astfel, schemele motivaţionale cuprind convingeri şi reguli despre importanţa îndepărtării de ameninţare sau de pericol şi a reducerii caracterului imprevizibil şi vătămător al situaţiilor. În plus, pierderea controlului este o stare pe care individul este deosebit de motivat să o evite în condiţiile ameninţării. Activarea schemelor motivaţionale ale modului primar de detecţie a ameninţării este, astfel, responsabilă pentru senzaţia de urgenţă pe care o simt indivizii anxioşi în încercarea de a scăpa sau de a evita ameninţarea pe care o percep şi de a-şi diminua anxietatea.

Scheme afective

Aceste scheme sunt implicate în percepţia stărilor afective şi, prin urmare, aparţin în întregime experienţei subiective a emoţiei. Schemele afective joacă un rol funcţional important în supravieţuirea organismului, asigurându-se că atenţia este îndreptată către o ameninţare potenţială şi că se întreprinde o anumită formă de acţiune rectificatoare (Beck,1996). Activarea schemelor afective ale modului ameninţării produce, astfel, experienţa emoţională pe care indivizii relatează că o trăiesc în stările de anxietate: nervozitate crescută, tensiune, agitaţie, senzaţia de încordare maximă.

Instrucţiuni pentru clinician 2.11

Folosiţi intervenţiile cognitive şi comportamentale în terapia cognitivă pentru a reduce accesibilitatea şi predominanţa schemelor primare pentru ameninţare, care sunt considerate schemele esenţiale în anxietate.

Consecințe ale activării modului amenințării

După cum este descris în Figura 2.1, activarea relativ automată a modului primar de detecție a amenințării pune în mișcare un proces psihologic complex, care nu se încheie pur și simplu cu o estimare primară a amenințării. Se pot identifica patru procese adiționale care ajută la definirea reacției imediate de frică: stimulare crescută a sistemului nervos autonom, reacții defensive și inhibitorii imediate, biasări și erori ale procesării cognitive și gânduri și imagini automate orientate către amenințare. Fiecare dintre aceste patru procese este bidirecțional, activarea modului primar fiind responsabilă pentru apariția lor, dar, odată active, aceste procese realizează un feedback prin care potențează estimarea primară a amenințării.

Stimularea accentuată a sistemului nervos autonom

Activarea modului amenințării implică o estimare a stimulării accentuate a sistemului nervos autonom care caracterizează stările de anxietate. Beck și colab. (1985, 2005) au afirmat că anxietatea subiectivă este proporțională cu estimarea percepută a pericolului. Prin urmare, cu cât este mai mare pericolul estimat, cu atât este mai probabil ca stimularea crescută a sistemului nervos autonom să primească o interpretare amenințătoare. Indivizii deosebit de anxioși prezintă deseori o stimulare fiziologică accentuată, ca o stare de evitare care confirmă estimarea inițială a amenințării. Astfel, reducerea stimulării poate să constituie o primă motivație pentru indivizii anxioși. În felul acesta, o interpretare negativă, amenințătoare, a stării fiziologice accentuate poate să consolideze modul deja exagerat de puternic al amenințării.

Reacții inhibitorii defensive

Activarea modului primar de detecție a amenințării va conduce la reacții auto-protective reflexive foarte rapide care implică fuga, evitarea („luptă sau fugi"), imobilitatea, senzația de leșin și altele de genul acesta. Beck și colab. (1985, 2005) au observat că aceste reacții tind să fie relativ fixate, preprogramate și automate. Ele sunt „primare", în sensul că au un caracter înnăscut mai accentuat decât reacțiile învățate asociate proceselor mai elaborate. În tulburările de anxietate, aceste reacții defensive și inhibitorii foarte prompte apar ca un răspuns aproape instantaneu la estimarea unei amenințări. De exemplu, indivizii care suferă de multă vreme de TOC raportează deseori că desfășurarea ritualurilor lor compulsive, ca răspuns la o obsesie care le provoacă anxietatea, poate să fie automată în asemenea măsură, încât ei sunt doar vag conștienți de ceea ce fac, până când ajung într-un stadiu destul de avansat al ritualului. Beck și colab. (1985, 2005) au observat, de asemenea, că frecvența de apariție a acestor comportamente protective sau defensive poate, la rândul său, să consolideze activarea modului primar. Ei au constatat că aceste comportamente limitează deseori performanța, ridicând nivelul de amenințare al situației. Astfel, individul anxios social privește

automat în altă direcție când discută cu cineva, ceea ce face ca angajarea sa într-o conversație să fie mai dificilă.

Erori de procesare la nivel cognitiv

Activarea modului amenințării este „primară”, în sensul că este un sistem relativ automat, nonvolițional și reflexiv pentru gestionarea aspectelor fundamentale ale supraviețuirii. De aceea, unul dintre rezultatele cognitive secundare ale acestui tip de activare este o îngustare a atenției asupra aspectelor amenințătoare ale unei situații. Procesarea cognitivă devine, apoi, deosebit de selectivă, cuprinzând amplificarea amenințării și procesarea diminuată a indiciilor de siguranță. Anumite erori cognitive sunt evidente, cum este cazul *minimalizării* (subestimarea aspectelor pozitive ale resurselor personale), *abstragerea selectivă* (concentrare prioritară asupra slăbiciunilor), *amplificarea* (considerarea defectelor ca fiind un neajuns serios) și *perspectiva catastrofică* (greșelile sau amenințarea au consecințe dezastruoase). În anxietate, aceste erori cognitive se manifestă întâi ca estimări exagerate ale proximității, ale probabilității și ale gravității amenințării potențiale. În mod evident, tipul acesta de procesare cognitivă fiind dominant, individului anxios îi este extrem de greu să genereze moduri alternative, mai constructive, de gândire a situației.

Gânduri automate relevante pentru amenințare

În final, activarea modului primar de detecție a amenințării va produce gânduri și imagini automate ale amenințării și ale pericolului. Aceste gânduri și imagini au o calitate automată, deoarece tind să fie nonvoliționale și pătrund în fluxul conștiinței. Ele sunt caracterizate ca (1) tranzitorii sau dependente de stare, (2) pronunțat specifice și distincte, (3) spontane și involuntare, (4) plauzibile, (5) în concordanță cu starea emoțională curentă a individului și (6) reprezentând biasat realitatea (Beck, 1967, 1970, 1976). Datorită faptului că gândurile automate reflectă grijile curente ale individului, în tulburările de anxietate ele reflectă teme ale amenințării, ale pericolului și ale vulnerabilității personale și, astfel, se presupune că fiecare dintre tulburările de anxietate are conținutul său specific. În stările de anxietate, apariția gândurilor automate și a imaginilor relevante pentru amenințare va capta atenția și, în felul acesta, ele vor consolida activarea modului primar de detecție a amenințării.

Instrucțiuni pentru clinician 2.12

Efectele cognitive, comportamentale și fiziologice adverse ale activării modului amenințării constituie obiectivul principal al intervenției în terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. Învățați-i pe pacienți strategii alternative pentru diminuarea impactului negativ al modului amenințării.

Elaborare secundară şi reevaluare

Producerea automată rapidă a unei reacţii imediate de frică prin activarea modului primar de detecţie a ameninţării declanşează un proces compensatoriu secundar, care implică o procesare mai elaborată şi mai dificilă a informaţiilor. Această fază a reevaluării secundare se desfăşoară întotdeauna odată cu activarea ameninţării. Creşterea sau diminuarea anxietăţii în funcţie de această procesare elaborată secundară depinde de mai mulţi factori. Procesarea informaţiilor care are loc la acest nivel controlat mai conştient va trimite un feedback modului ameninţării pentru a-i intensifica sau pentru a-i reduce forţa de activare. În tulburările de anxietate, această gândire mai constructivă, mai reflexivă şi mai echilibrată atinge rareori un nivel al plauzibilului suficient de ridicat pentru a constitui o alternativă la activarea modului primar de detecţie a ameninţării. În continuare, vom analiza cinci fenomene cognitive asociate procesării elaborate secundare.

Evaluarea resurselor de coping

Un aspect esenţial al reestimării secundare implică evaluarea judicioasă a abilităţii individuale de coping cu ameninţarea percepută. Acesta este un mod strategic de gândire, aflat cu precădere sub control voluntar şi intenţional. Cu toate acestea, în tulburările de anxietate, activarea modului primar de detecţie a ameninţării distorsionează în asemenea măsură procesele elaborate de gândire, încât orice evaluare a resurselor de coping conduce la un sentiment puternic de vulnerabilitate.

Beck şi colab. (1985, 2005) au analizat mai multe aspecte ale evaluării capacităţii de coping relevante pentru anxietate. Primul este o estimare mai generală a propriei persoane, care produce încredere în sine sau un sentiment accentuat al vulnerabilităţii personale. *Încrederea în sine* este „estimarea pozitivă a calităţilor şi a resurselor individuale necesare pentru a depăşi problemele şi a face faţă ameninţării" (Beck şi colab., 1985, p. 68). Încrederea în sine va fi asociată cu o sentiment crescut de autoeficacitate şi cu speranţe de succes (Bandura, 1977). În stările de anxietate, totuşi, indivizii percep propriile resurse de coping ca fiind insuficiente. Se consolidează un set cognitiv al vulnerabilităţii, care îi determină pe indivizi să interpreteze informaţiile pe care le primesc în funcţie de slăbiciunile lor şi nu de propriile puncte tari. Un al doilea aspect al evaluării coping-ului are în vedere convingerea individului privind lipsa unor abilităţi importante care i-ar permite să facă faţă situaţiei respective. Persoana din exemplul nostru cu alergătorul şi-ar diminua imediat anxietatea, dacă şi-ar aminti antrenamentul anterior care a pregătit-o pentru a face faţă atacurilor câinilor. În plus, prezenţa neîncrederii în sine, incertitudinea şi contextele noi sau ambigue pot intensifica un sentiment de vulnerabilitate. Prezenţa acestor factori contextuali poate să însemne că un set cognitiv al „încrederii în sine" este înlocuit cu un set al „vulnerabilităţii" (Beck şi colab., 1985, 2005).

O consecinţă a evaluării negative a abilităţii de coping a individului este aceea că lipsa percepută de competenţă îl poate determina să acţioneze

prudent sau să se retragă dintr-o situație amenințătoare (Beck și colab., 1985, 2005). Asemenea prudență limitează performanța persoanei în situația respectivă, ceea ce nu face decât să exacerbeze natura amenințătoare a acesteia (de exemplu, persoana suferind de anxietate socială care încearcă să inițieze o conversație). Anticiparea posibilei incompetențe și a prejudiciului ulterior pot să inhibe comportamentele de apropiere și să declanșeze retragerea. Această inhibiție automată reflectă pendularea continuă între „mobilitate încrezătoare și imobilitate temătoare" (Beck și colab., 1985, p. 73). Dilema poate fi descrisă astfel: „În situația aceasta, anxietatea este un semnal neplăcut, de a înceta derularea evenimentelor. Dacă persoana se oprește sau se retrage, anxietatea se diminuează. Dacă avansează, anxietatea crește. Dacă va lua decizia conștientă de a continua, persoana va reuși probabil să depășească reacția inhibitorie primară" (Beck și colab., 1985, p.72).

Instrucțiuni pentru clinician 2. 13

Corectarea evaluărilor și a convingerilor dezadaptative privind propria vulnerabilitate, privind riscul și resursele de coping asociate îngrijorărilor anxioase constituie un obiectiv important al terapiei cognitive a anxietății.

Căutarea indiciilor de siguranță

Beck și Clark (1997) susțin că încercarea de a găsi indicii ale siguranței este un alt proces important care are loc în faza elaborată secundară de reestimare. Rachman (1984a, 1984b) a introdus conceptul de „semnale de siguranță", pentru a explica discordanța dintre frică și evitare (cu alte cuvinte, frica în absența evitării și comportamentul evitant în absența fricii). Rachman susține că, în agorafobie, de exemplu, intensitatea amenințării este în primul rând o funcție a accesului la siguranță și a rapidității revenirii la siguranță percepute de persoana în cauză. Astfel, absența semnalelor certe de siguranță menține individul într-o stare cronică de anxietate, care determină o căutare mai susținută a indiciilor de siguranță. Rezultatul final este însă că încercările persoanei anxioase sunt deseori ineficiente, mai ales pe termen lung. Acest lucru se întâmplă, deoarece siguranța este definită în mod limitat mai degrabă ca o diminuare imediată a anxietății decât ca o strategie de coping pe termen lung. În felul acesta, persoana suferind de tulburarea de panică și de evitare agorafobică se va așeza pe un loc apropiat de ieșire într-o sală de teatru, va alege compania prietenilor apropiați când iese în oraș sau va purta la ea tranchilizante, toate fiind mijloace prin care își asigură senzația imediată de siguranță. Însă toate aceste strategii sunt bazate pe o convingere disfuncțională, și anume că „este foarte periculos afară și nu pot să mă confrunt singur cu această situație". În ultimă instanță, anxietatea se caracterizează printr-o preocupare pentru siguranța imediată, dar printr-o încredere nefericită în strategii neadecvate pentru găsirea acesteia.

Instrucțiuni pentru clinician 2.14

În terapia tulburărilor de anxietate, concentrați-vă asupra eliminării comportamentului orientat către căutarea siguranței.

Modul constructiv de gândire

Prezența gândirii strategice elaborate oferă posibilitatea unei reevaluări mai constructive şi mai realiste a amenințării percepute. Este posibil să se recurgă la strategii de rezolvare de probleme în faza elaborării secundare, mai degrabă decât la reacții reflexive imediate orientate către autoprotecție sau fugă. Accesul la resursele mai realiste de coping este reprezentat de schemele cognitive ale *modului constructiv*. Schemele cognitive ale modului constructiv se dobândesc, în primul rând, în urma experiențelor de viață şi promovează activități productive care au ca obiectiv sporirea (nu protejarea) resurselor vitale ale individului (D.A. Clark şi colab., 1999). Abilitatea noastră de a ne angaja în gândirea reflexivă, de a fi conştienți de propria persoană şi de a ne evalua propriile gânduri (adică metacogniția), de a rezolva probleme şi de a reevalua o perspectivă bazată pe dovezi contradictorii poate fi atribuită activării schemelor cognitive constructive.

Beck şi colab. (1985, 2005) susțin că anxietatea este caracterizată de două sisteme, unul dintre acestea fiind un *sistem inhibitor* primar automat, care apare ca răspuns la activarea modului primar de detecție a amenințării. Acest sistem tinde să fie imediat şi reflexiv şi este orientat către autoprotecție şi apărare. Un al doilea sistem, denumit *sistemul de diminuare a anxietății*, este mai lent, mai elaborat, şi procesează informații mai complete despre o situație. Prezența anxietății poate motiva individul să mobilizeze procesele mai strategice de diminuare a anxietății.

Problema care apare, totuşi, în cazul tulburărilor de anxietate, este că sistemul reflexiv (inhibitor) automat inițial, activat de modul primar de detecție a amenințării, tinde să domine procesarea informațiilor şi să blocheze accesul spre strategiile mai elaborate pentru diminuarea anxietății reprezentate în schemele constructive. Odată activat sistemul inhibitor orientat spre autoprotecție şi spre diminuarea imediată a amenințării, persoanei anxioase îi este foarte dificil să treacă la o gândire constructivă, mai reflexivă. Unul dintre obiectivele terapiei cognitive este acela de a-l ajuta pe pacientul anxios să treacă la un mod mai constructiv de gândire, ca modalitate de a obține o diminuare de lungă durată a anxietății.

Instrucțiuni pentru clinician 2.15

Încurajați dezvoltarea modului constructiv de gândire la pacienții anxioşi, pentru a obține o reducere durabilă a anxietății.

Inițierea îngrijorării

Beck și Clark (1997) consideră că îngrijorarea este un produs al procesului elaborativ secundar de reevaluare, declanșat de activarea modului primar de detecție a amenințării (a se vedea Natura îngrijorării). În stările neanxioase, îngrijorarea poate fi un proces adaptativ care conduce la rezolvarea eficace a problemelor. Aceasta este ancorată în modul constructiv de gândire, în care individul ajunge la soluții realiste, bazându-se pe o analiză atentă a dovezilor contradictorii. Este posibil ca el să trăiască o stare de minimă anxietate atunci când analizează posibilitatea unor rezultate negative și a consecințelor unui coping ineficace. Însă anxietatea nu se bazează pe activarea modului primar de detecție a amenințării și, prin urmare, influența sa, dacă există, servește la motivarea individului pentru acțiune.

La persoanele deosebit de anxioase, îngrijorarea ia forme patologice care nu conduc la rezolvarea eficace a problemelor, ci, mai degrabă, la amplificarea estimării inițiale a amenințării. În cazul acesta, îngrijorarea devine incontrolabilă și este concentrată aproape în mod exclusiv asupra rezultatelor negative, catastrofale și amenințătoare. Din cauza predominanței gândirii tipice modului amenințării în tulburările de anxietate, orice aspecte constructive ale îngrijorării sunt blocate și concentrarea limitată asupra rezultatelor negative potențează estimarea amenințării. Astfel, îngrijorarea în tulburările de anxietate, în special în TAG, poate deveni un ciclu elaborat care se autoperpetuează, care intensifică starea anxioasă și care este perceput ca o confirmare a estimării inițiale a amenințării

Instrucțiuni pentru clinician 2.16

Datorită faptului că îngrijorarea este o trăsătură comună tuturor tulburărilor de anxietate, intervențiile care se concentrează în mod direct asupra diminuării îngrijorării constituie o caracteristică esențială a terapiei cognitive a anxietății.

Reevaluarea amenințării

Un rezultat al gândirii elaborate secundare este reevaluarea mai conștientă și care necesită efort a unei situații amenințătoare. În stările neanxioase, aceasta poate avea ca rezultat o diminuare a stării de anxietate, deoarece individul reduce probabilitatea și gravitatea amenințării anticipate, în lumina dovezilor contrare. În plus, recunoașterea caracteristicilor de siguranță în mediul respectiv și o reevaluare a strategiilor de coping pot determina o diminuare a sentimentului de vulnerabilitate. În acest caz, procesarea elaborată va avea ca rezultat diminuarea anxietății.

În tulburările de anxietate, gândirea elaborată secundară este dominată de modul amenințării și de aceea este biasată, favorizând confirmarea pericolului pe care îl reprezintă situațiile. Sentimentul accentuat al propriei vulnerabilități este consolidat de această gândire elaborată, iar caracteristicile

realiste care dau seamă de siguranța situației sunt ignorate. Îngrijorarea și ruminația anxioasă susțin estimarea automată inițială a amenințării. În felul acesta, procesele cognitive elaborate secundare sunt responsabile pentru persistența anxietății, iar activarea modului primar de detecție a amenințării este responsabilă pentru reacția imediată de frică a programului anxietății.

Instrucțiuni pentru clinician 2. 17

Terapia cognitivă caută să-i ajute pe pacienți să proceseze dovezile care infirmă amenințarea, ceea ce va conduce la reevaluarea acesteia în sensul probabilității, gravității sau al iminenței sale reduse.

ANXIETATE NORMALĂ ȘI ANXIETATE ANORMALĂ: O PERSPECTIVĂ COGNITIVĂ

În descrierea pe care am făcut-o modelului cognitiv, ne-am concentrat întâi atenția asupra anxietății patologice. După cum am afirmat anterior, frica poate fi adaptativă și anxietatea este o experiență obișnuită în viața de fiecare zi. Atunci, cum explică modelul cognitiv diferența dintre anxietatea normală și cea anormală? Aceasta este o problemă importantă care se cere clarificată atât de către clinicieni, cât și de către cercetători. În ultimă instanță, obiectivul nostru ca terapeuți este acela de a normaliza resimțirea anxietății. Prin urmare, care este natura procesării cognitive normale a anxietății? Tabelul 2.5 rezumă câteva diferențe esențiale care caracterizează anxietatea nonclinică și anxietatea clinică în etapa automată și în cea elaborată a procesării informațiilor.

Procese cognitive automate în anxietatea normală

Având în vedere natura involuntară și automată a reacției imediate de frică, este evident că indivizii care nu suferă de o tulburare de anxietate au un avantaj clar față de eșantioanele clinice. În anxietatea normală, modalitatea de orientare nu este amorsată să detecteze stimulii negativi referitori la propria persoană, așa cum se întâmplă în cazul tulburărilor de anxietate. În stările nonclinice, detectarea stimulilor negativi va fi, totuși, prioritară dar gama de stimuli identificați ca fiind negativi și potențial relevanți pentru individ, va fi mai restrânsă. De fapt, Mogg și Bradley (1999a) au analizat dovezile referitoare la faptul că indivizii mai puțin anxioși manifestă o evitare atențională față de stimulii care prezintă o amenințare redusă, în timp ce indivizii deosebit de anxioși acordă o atenție sporită stimulilor unei amenințări reduse și, mai ales, stimulilor care reprezintă o amenințare moderată (a se vedea, de asemenea, Wilson și MacLeod, 2003). Datorită faptului că la indivizii nonclinici modalitatea de orientare nu prezintă sensibilitatea accentuată față de stimulii negativi, programul anxietății este activat mai rar decât la indivizii clinici.

Când este activat programul anxietății la indivizii nonclinici, propunem observarea diferențelor calitative la nivelul activării modului

primar de detecție a amenințării, în comparație cu pacienții anxioși. Indivizii nonclinici au o tendință mai redusă de biasare atențională preconștientă favorizând amenințarea și, astfel, estimările lor inițiale privind amenințarea sunt mai puțin exagerate și mai adecvate situației respective. În anxietatea normală, evaluările amenințării reflectă mai exact valoarea amenințării recunoscută consensual, asociată situațiilor interne sau externe. De exemplu, pacientul cu tulburare de panică interpretează greșit durerea în piept ca fiind un atac de cord, în timp ce individul nonclinic poate să interpreteze durerea în piept doar ca pe un semn vag al unei afecțiuni cardiace și o va pune mai degrabă pe seama activității fizice intense recente.

TABELUL 2.5. Diferențele cognitive dintre anxietatea normală și anxietatea anormală, prevăzute de modelul cognitv

Etapa procesării	Anxietatea anormală	Anxietatea normală
Modalitatea de orientare	• Sensibilitate accentuată față de stimulii negativi	• Sensibilitate mai echilibrată în cazul detectării stimulilor pozitivi și negativi
Activarea primară pentru amenințare	• Estimare primară exagerată a amenințării	• Estimare mai adecvată, mai realistă a amenințării
	• Evaluare negativă a stimulării sistemului nervos autonom	• Consideră stimularea ca o stare de disconfort, dar neamenințătoare
	• Prezența biasărilor și a erorilor în procesare legate de amenințare	• Atenția nu este atât de strict concentrată asupra amenințării; mai puține erori cognitive
	• Gânduri automate și imagini pregnante și frecvente privind amenințarea	• Gânduri și imagini anxioase mai puțin numeroase și mai puțin pregnante
	• Inițierea de comportamente inhibitorii auto-protectoare automate	• Întârziere a comportamentelor inhibitorii auto-protectoare, pe măsură ce se iau în considerare reacții de coping mai elaborate
Revaluarea elaborată secundară	• Concentrare asupra slăbiciunii; autoeficacitate redusă și așteptări negative în privința rezultatului	• Concentrare asupra punctelor tari; autoeficacitate ridicată și așteptări pozitive în privința rezultatului
	• Procesare deficitară a indiciilor de siguranță	• Procesare mai bună a indiciilor de siguranță
	• Inaccesibilitatea modului constructiv de gândire	• Abilitate în accesarea și folosirea modul constructiv de gândire
	• Îngrijorare incontrolabilă, orientată către amenințare	• Îngrijorare mai controlată și mai reflexivă, orientată asupra problemelor
	• Evaluarea inițială a amenințării este amplificată	• Evaluarea inițială a amenințării este diminuată

În stările de anxietate normală, activarea modului amenințării nu are aceleași efecte negative asupra procesării, care sunt evidente în tulburările de anxietate. De exemplu, stimularea sistemului nervos autonom va fi percepută

ca neplăcută, dar nu periculoasă. Astfel, persoanele din grupurile nonclinice vor considera că starea de stimulare este tolerabilă şi că nu impune o calmare imediată. În plus, nici procesele automate, nici procesele atenționale mai strategice nu sunt atât de strict concentrate asupra amenințării, prin urmare indivizii anxioşi din grupurile nonclinice fac mai puține erori cognitive, deoarece ei procesează atât aspectele amenințătoare, cât şi aspectele neamenințătoare ale unei situații. Comportamentele inhibitorii reflexive automate orientate către autoprotecție (luptă/ fugi, scapă) care sunt atât de evidente în tulburările de anxietate sunt întârziate în stările nonclinice. Aceasta le oferă proceselor cognitive strategice mai elaborate posibilitatea de a regândi situația şi de a pregăti un răspuns controlat, mai adaptativ. Rezultatul final este că indivizii din grupurile nonclinice, chiar şi atunci când se află într-o perioadă de anxietate, vor avea mai puține gânduri automate şi imagini privind amenințarea, iar acestea vor fi mai puțin pregnante, mai puțin intruzive sau incontrolabile.

Procesarea cognitivă elaborată secundară în anxietatea normală

Cele mai mari diferențe dintre anxietatea clinică şi anxietatea nonclinică sunt evidente în procesele controlate strategice secundare responsabile pentru persistența anxietății. Pentru individul cu anxietate clinică, continuarea procesului de elaborare are ca rezultat persistența şi chiar amplificarea anxietății, în timp ce aceleaşi procese rezultă în diminuarea sau chiar în încheierea programului anxietății la persoanele din grupurile nonclinice.

Una dintre cele mai importante diferențe la nivelul fazei elaborate este aceea că indivizii din grupurile nonclinice au o înțelegere mai echilibrată a punctelor tari şi a resurselor personale de coping, în timp ce indivizii cu anxietate clinică se concentrează asupra propriilor slăbiciuni şi deficiențe. În cazul indivizilor fără anxietate, aceasta conduce la o autoeficacitate mai mare şi la aşteptarea unui rezultat pozitiv. În cazul indivizilor suferind de tulburări de anxietate, evaluarea negativă a propriilor resurse de coping le intensifică sentimentul de vulnerabilitate şi de neajutorare.

În al doilea rând, indiviziifără anxietate sunt mai capabili să recunoască şi să înțeleagă indiciile de siguranță într-o situație, în comparație cu indivizii suferind de tulburări de anxietate. Aceasta le permite să ajungă la o înțelegere mai completă a circumstanțelor şi la o estimare mai realistă a potențialului de amenințare al acestora. În al treilea rând, individul fără anxietate va avea un acces mai larg la modul constructiv de gândire, astfel încât estimările inițiale ale amenințării pot fi reevaluate în lumina unei judecăți mai raționale, bazate pe dovezi. În tulburările de anxietate, acest tip de gândire reflexivă, rațională este blocat de schemele deosebit de dezvoltate ale amenințării.

A patra caracteristică este tipul de îngrijorare care apare în faza elaborată. Anxietatea normală este caracterizată printr-o îngrijorare mai controlată, mai contemplativă şi mai orientată către problemă. Îngrijorarea unei persoane fără anxietate poate să conducă la generarea unor soluții

posibile pentru o problemă specifică. Îngrijorarea patologică în tulburările de anxietate este mai puțin controlabilă, mai persistentă și mai concentrată asupra amenințării imediate pe care o prezintă situația. În tulburările de anxietate, îngrijorarea pare să intensifice anxietatea, în timp ce, în stările nonclinice, ea îl motivează pe individ să acționeze în mod constructiv. Rezultatul final este că procesele din faza elaborată pot conduce la estimarea redusă a unei amenințări în anxietatea normală, dar la intensificarea estimării amenințării inițiale în tulburările de anxietate. În felul acesta, procesele cognitive elaborate secundare sunt responsabile pentru persistența anxietății în stările anormale, dar pentru un management controlat și pentru reducerea ulterioară a programului anxietății în condiții normale.

Perspectiva cognitivă asupra anxietății normale și anxietății anormale are implicații directe pentru tratamentul tulburărilor de anxietate. Ca terapeuți cognitiviști, noi trebuie să ne concentrăm asupra proceselor strategice elaborate implicate în reevaluarea secundară. Teachman și Woody (2004) au ajuns la concluzia că dovezile experimentale sprijină ideea că procesarea elaborată strategică poate să nu țină cont de procesele cognitive și de comportamentele automate sau implicite. Aceasta constituie provocarea pentru terapeuții cognitiviști.

Instrucțiuni pentru clinician 2.18

Modificați procesarea elaborată secundară și reevaluarea în tulburările de anxietate dintr-una de amplificare a amenințării într-una de diminuare a amenințării, așa cum apare în stările nonclinice.

IPOTEZE ALE MODELULUI COGNITIV

Tabelul 2.6 prezintă 12 ipoteze primare derivate din modelul cognitiv al anxietății. Deși se pot formula multe alte ipoteze pornind de la perspectiva cognitivă, considerăm că aceste 12 ipoteze reprezintă aspecte critice ale modelului care oferă un test empiric al validității acestuia. Aceste ipoteze sunt derivate din principiile de bază ale modelului (a se vedea Tabelul 2.2), precum și din structura în două faze prezentată în Figura 2.1. Capitolele 3 și 4 oferă o prezentare amplă a dovezilor empirice pentru susținerea fiecăreia dintre aceste ipoteze.

SUMAR ȘI CONCLUZIE

Au trecut 25 de ani de când modelul cognitiv al anxietății a fost introdus pentru prima dată de către Beck împreună cu colegii săi (Beck și colab., 1985). În capitolul acesta, am prezentat o reformulare a acelui model, care încorporează progresul considerabil pe care l-am înregistrat în înțelegerea factorilor cognitivi care contribuie la patogeneza anxietății. Ultimele două decenii au reprezentat o perioadă extrem de productivă pentru

cercetarea cognitivă clinică a tulburărilor de anxietate și a tratamentului lor. Din perspectiva acestei evoluții, modelul cognitiv a cunoscut numeroase modificări, adăugiri și clarificări.

TABELUL 2.6. Ipoteze ale modelului cognitiv al anxietății

Ipoteza 1: Biasare atențională în favoarea amenințării
Indivizii deosebit de anxioși prezintă o biasare atențională selectivă automată pentru stimuli negativi relevanți pentru amenințări la adresa unor aspecte vitale specifice. Această biasare atențională selectivă automată nu este prezentă în stările nonanxioase.

Ipoteza 2: Procesare atențională diminuată a siguranței
Indivizii anxioși prezintă o deplasare atențională automată de la indicii de siguranță care nu sunt în concordanță cu îngrijorările lor dominante privind amenințarea, în timp ce indivizii nonanxioși prezintă o deplasare atențională automată către indicii ai siguranței.

Ipoteza 3: Evaluări exagerate ale amenințării
Anxietatea se caracterizează printr-un proces automat de evaluare care exagerează valența de amenințare a stimulilor relevanți comparativ cu valența reală de amenințare a stimulilor. Indivizii nonanxioși vor evalua automat stimulii relevanți într-o manieră mai puțin amenințătoare care aproximează valoarea reală a amenințării situației.

Ipoteza 4: Erori cognitive biasate favorizând amenințarea
Indivizii deosebit de anxioși comit mai multe erori cognitive în timp ce procesează stimuli amenințători specifici, după cum reflectă estimările biasate ale proximității, probabilității și gravității amenințării potențiale. Tiparul invers este evident în stările nonanxioase unde este prezentă o biasare în procesarea cognitivă a indiciilor pentru lipsa amenințării sau pentru siguranță.

Ipoteza 5: Interpretare negativă a anxietății
Indivizii deosebit de anxioși vor genera interpretări mai negative și mai amenințătoare ale simptomelor și ale stărilor lor anxioase subiective decât indivizii cu niveluri scăzute de anxietate.

Ipoteza 6: Cogniții exagerate privind amenințarea, specifice fiecărei tulburări de anxietate
Anxietatea este caracterizată prin frecvența și prin intensitatea accentuate, precum și prin persistența îndelungată a gândurilor și a imaginilor automate negative asupra unei amenințări și a unui pericol selective, comparativ cu stări nonanxioase sau cu alte tipuri de stări afective negative. În plus, fiecare tulburare de anxietate este caracterizată de un conținut particular de gânduri, relevant pentru amenințarea specifică a acesteia.

Ipoteza 7: Strategii defensive ineficiente
Indivizii extrem de anxioși prezintă strategii defensive imediate mai puțin eficace pentru diminuarea anxietății și pentru obținerea sentimentului de siguranță, comparativ cu indivizii care trăiesc stări anxioase de intensitate scăzută. În plus, indivizii deosebit de anxioși, spre deosebire de cei nonanxioși, vor evalua abilitățile lor defensive ca fiind mai ineficace în situații amenințătoare.

Ipoteza 8: Procesare facilitată a amenințării
Biasarea selectivă privind amenințarea este evidentă în procesele cognitive elaborate și explicite, astfel încât, în cazul persoanelor anxioase, spre deosebire de indivizii nonanxioși, se va observa preponderența temelor referitoare la amenințare în procesul de reamintire, în așteptările privind rezultatul și în deducțiile privind stimulii ambigui.

TABELUL 2.6. *(continuare)*

Ipoteza 9: Procesare inhibată privind siguranța
La indivizii anxioși, procesele cognitive controlate și explicite sunt caracterizate printr-o biasare care inhibă informațiile despre siguranță, dar sunt relevante pentru amenințări selective cum ar fi reamintirea, așteptările privind rezultatul și deducțiile în legătură cu stimulii ambigui și evidențiază mai puține teme referitoare la siguranță în comparație cu indivizii nonanxioși.

Ipoteza 10: Strategii cognitive compensatorii ineficiente
În anxietatea ridicată, îngrijorarea are un efect advers mai pronunțat, contribuind la amplificarea amenințării, în timp ce, în stările de anxietate scăzută, ea este asociată mai degrabă cu efecte pozitive, cum ar fi inițierea rezolvării eficace de probleme. În plus, alte strategii cognitive care au ca obiectiv reducerea gândurilor amenințătoare, ca de exemplu reprimarea gândurilor, distragerea atenției și înlocuirea gândurilor, sunt mai predispuse să aibă efecte paradoxale (adică revenirea acestora, emoții negative mai numeroase, control perceput mai slab) în stările de anxietate puternică decât în stările anxioase de intensitate scăzută.

Ipoteza 11: Vulnerabilitate personală accentuată
Indivizii deosebit de anxioși prezintă o încredere în sine mai slabă și un sentiment mai acut de neajutorare în situații relevante pentru amenințările lor selective, comparativ cu indivizii nonanxioși.

Ipoteza 12: Convingeri persistente legate de amenințare
Indivizii vulnerabili la anxietate se deosebesc de persoanele invulnerabile prin schemele lor cognitive dezadaptative preexistente (adică prin convingeri) în legătură cu anumite amenințări sau pericole și cu vulnerabilitatea personală asociată lor, care rămân inactive până în momentul în care sunt declanșate de experiențe de viață relevante sau de stresori.

Formularea de față pune un accent mult mai mare pe procesele cognitive involuntare, automate implicate în reacția inițială de frică. Cu toate că modelul cognitiv original a admis faptul că unele mecanisme ale anxietății au un caracter înnăscut și automat mai pronunțat, modelul actual oferă o descriere mai elaborată și mai nuanțată a proceselor cognitive automate în anxietate. La fel ca reacția inițială de frică, aceste procese automate, cum sunt biasarea atențională preconștientă favorizând amenințarea, evaluarea amenințării imediate și procesarea inhibitorie a indiciilor de siguranță sunt catalizatorii stării mai extinse de anxietate care urmează. Activarea schemelor cognitive referitoare la amenințare rămâne o trăsătură esențială a modelului cognitiv al anxietății, dar acum este considerată responsabilă pentru menținerea unei biasări automate a procesării amenințării și pentru consecințele negative ale acesteia. De aceea, modificarea schemelor cognitive este considerată în continuare esențială pentru eficacitatea terapiei cognitive a tulburărilor de anxietate.

Beck și colab. (1985) au concentrat o mare parte a analizei lor originale asupra proceselor și structurilor cognitive elaborate conștiente ale anxietății. Modelul prezentat aici oferă clarificări privind rolul acestor procese strategice elaborate în persistența anxietății. Activarea proceselor reestimative elaborate secundare, cum ar fi evaluarea conștientă a resurselor de coping ale individului, căutarea indiciilor de siguranță, încercări de a dezvolta o gândire

mai constructivă sau mai contemplativă şi reevaluarea deliberată a amenințării şi îngrijorarea în legătură cu această reevaluare, determină persistența stării anxioase. Dacă, în urma acestei procesări elaborate, o persoană ajunge la concluzia că o amenințare personală gravă sau un pericol personal grav sunt foarte probabile şi că abilitatea sa de a ajunge la o stare de siguranță printr-un coping eficace este minimă, se instalează o stare de anxietate persistentă. Pe de altă parte, anxietatea va fi redusă sau eliminată dacă probabilitatea şi/sau gravitatea percepute ale amenințării sunt reduse, dacă se ajunge la sporirea încrederii în coping-ul adaptativ şi dacă se redobândeşte sentimentul siguranței personale. Bazându-se pe acest model, terapia cognitivă se concentrează în primul rând asupra modificării acestor procese cognitive elaborate secundare prin intervenții cognitive şi comportamentale specifice care modifică perspectiva pacientului asupra posibilei amenințării iminente în perspectiva unei siguranțe personale probabile. O schimbare în procesarea elaborată secundară va reduce tendința de procesare automată a amenințării şi va coborî pragul activării schemelor legate de amenințare.

Strategia terapeutică descrisă în această carte este fundamentată teoretic. În capitolele următoare, vom prezenta diverse intervenții de restructurare cognitivă şi intervenții bazate pe expunere derivate din modelul cognitiv, care pot fi folosite pentru a modifica procesele cognitive şi comportamentale incorecte care mențin anxietatea. Premiza fundamentală este aceea că diminuarea anxietății depinde de o schimbare a proceselor cognitive şi a structurilor incorecte ale anxietății. În ultima parte a cărții, propunem un model cognitiv specific fiecărei tulburări şi un protocol de tratament pentru fiecare dintre tulburările majore de anxietate, fundamentat pe observațiile de bază avansate de modelul generic sau „transdiagnostic” descris în capitolul acesta. Însă, înainte de prezentarea acestor aplicații terapeutice, următoarele două capitole pun în discuție suportul empiric şi aspectele nerezolvate din formularea noastră cognitivă pentru vulnerabilitate şi persistența anxietății clinice.

CAPITOLUL 3

STATUTUL EMPIRIC AL MODELULUI COGNITIV AL ANXIETĂȚII

Verificarea empirică a constituit un factor important în dezvoltarea și elaborarea modelului cognitiv încă de la apariția sa, la începutul anilor 1960 (Beck, 1963, 1964, 1967). Baza științifică a modelului se întemeiază pe constructe și ipoteze care sunt suficient de precise pentru a permite confirmarea sau infirmarea lor în laborator (D.A. Clark și colab., 1999). În capitolul acesta și în capitolul următor, prezentăm o analiză a statutului empiric al modelului cognitiv al anxietății, bazată pe cele 12 ipoteze enumerate în Tabelul 2.6. Începem acest capitol cu primele trei ipoteze care se referă la atribute cognitive esențiale ale activării modulului primar de detecție a amenințării. Secțiunea următoare discută suportul empiric pentru consecințele cognitive, fiziologice și comportamentale implicate în reacția imediată de frică (adică Ipotezele 4-7). Ultima secțiune a acestui capitol trece în revistă dovezile empirice relevante pentru persistența anxietății (adică Ipotezele 8-10), cu alte cuvinte, faza de elaborare secundară și de reevaluare a modelului. Ipotezele 11 și 12 vor fi discutate în capitolul următor, care abordează vulnerabilitatea cognitivă în anxietate, deoarece ele se referă la etiologia anxietății.

REACȚIA IMEDIATĂ DE FRICĂ: ACTIVAREA MODULUI AMENINȚĂRII

Ipoteza 1. Biasarea atențională care favorizează amenințarea

Indivizii deosebit de anxioși manifestă o biasare atențională selectivă automată favorizând stimuli negativi, care sunt relevanți pentru amenințări vitale specifice. Această biasare atențională selectivă automată nu este prezentă în stările nonanxioase.

După 20 de ani de cercetări experimentale, este clar acum că tulburările de anxietate se caracterizează printr-o biasare atențională selectivă automată, preconștientă, favorizând informațiile amenințătoare din punct de vedere emoțional (pentru trecere în revistă, a se vedea D.M. Clark, 1999; Macleod, 1999; Mogg și Bradley, 1999a, 2004; Wells și Matthews, 1994; Williams și colab., 1997). Datorită faptului că oamenii au o capacitate atențională limitată, anumiți stimuli vor atrage resursele atenționale, iar alții vor fi ignorați. Se presupune că prezența unei biasări atenționale favorizând amenințarea determină o tendință accentuată de a trăi stări de anxietate (McNally, 1999). Mai jos, am grupat prezentarea cercetărilor despre atenționalitate în conformitate cu trei tipuri de experimente: sarcina Stroop, varianta emoțională, detectarea prin sarcina Dot Probe și identificarea stimulului.

Sarcina Stroop, varianta emoțională

Pentru a investiga experimental biasarea atențională în anxietate, cercetătorii din domeniul clinic au împrumutat și apoi au modificat diverse sarcini de procesare a informațiilor din psihologia cognitivă experimentală. Una dintre cele mai cunoscute paradigme experimentale este testarea emoțională Stroop. Bazându-se pe paradigma clasică Stroop de denumire a culorilor (Stroop, 1935), prin aceasta li se cere participanților să numească, pe cât de repede pot, culoarea cu care sunt scrise cuvinte amenințătoare din punct de vedere emoțional (de exemplu, „boală", „cancer", „stânjenit", „dezastru", „murdar", „inferior") și neamenințătoare (de exemplu, „ascendent", „rețea", „relaxare", „protejat"), tipărite în albastru, galben, verde sau roșu, și să nu ia în considerare sensul cuvântului. În mod tipic, persoanele anxioase, dar nu și cele nonanxioase, numesc după un timp mai îndelungat culoarea cuvintelor amenințătoare, comparativ cu cuvintele neamenințătoare (de exemplu, Bradley, Mogg, White și Millar, 1995; Mathews și Klug, 1993; Mathews și MacLeod, 1985; Mogg, Mathews și Weinman, 1989; Mogg, Bradley, Williams și Mathews, 1993). Această întârziere prelungită în numirea culorilor sugerează faptul că indivizii anxioși conferă atenție preferențială sensului amenințător al cuvântului (Mogg și Bradley, 2004). Astfel, se presupune că gradul de interferență a sensului cuvântului în răspunsul cu numirea culorii reflectă biasarea atențională favorizând amenințarea.

Efectul Stroop de interferență emoțională a amenințării s-a găsit în toate cele cinci tulburări de anxietate discutate în acest volum: tulburarea de panică (de exemplu, Buckley, Blanchard și Hickling, 2002; Lim și Kim, 2005; Lundh, Wikström, Westerlund și Öst, 1999; McNally, Riemann și Kim, 1990); TOC (de exemplu, Kyrios și Iob, 1998; Lavy, van Oppen și van den Hout, 1994); fobia socială (de exemplu, Becker, Rinck, Margraf și Roth, 2001; Hope, Rapee, Heimberg și Dombeck, 1990); TSPT (de exemplu, J.G. Beck, Freeman, Shipherd, Hamblen și Lackner, 2001; Bryant și Harvey, 1995); și TAG (de exemplu, Bradley și colab., 1995; Mogg, Bradley, Millar și White, 1995). În plus, efectele interferenței amenințării corelează semnificativ în intervalul dintre nivelurile scăzut până la moderat cu măsurătorile stării și simptomelor anxietății (de exemplu, MacLeod și Hagan, 1992; Mathews, Mogg, Kentish și

Eysenck, 1995; Spector, Pecknold şi Libman, 2003) şi devin mai evidente pe măsură ce intensitatea stimulului ameninţării creşte de la intensitate slabă la intensitate puternică (Mogg şi Bradley, 1998). Pe lângă aceasta, cea mai bună discriminare a biasării atenţionale la indivizii cu anxietate ridicată ca trăsătură şi indivizii nonanxioşi clinic faţă de indivizii cu anxietate scăzută se poate obţine folosind stimuli slab sau moderat ameninţători, faţă de care persoana nonanxioasă nu va manifesta nicio biasare preferenţială către ameninţare (Mathews şi Mackintosh, 1998).

Efectele cele mai convingătoare şi mai solide ale interferenţei se observă în cazul cuvintelor înrudite semantic cu problemele emoţionale curente ale persoanei anxioase (Mathews şi Klug, 1993); această specificitate a conţinutului este deosebit de pronunţată în TOC, în fobia socială şi în TPSP (J.G. Beck şi colab., 2001; Becker şi colab., 2001; Buckley şi colab., 2002; Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer şi Murdock, 1993; Hope şi colab., 1990; Kyrios şi Iob, 1998; Lavy şi colab., 1994; Mattia, Heimberg şi Hope, 1993; Spector şi colab., 2003). Totuşi, biasarea atenţională în TAG şi, în mai mică măsură, în panică, poate să fie mai orientată emoţional şi, astfel, să fie discriminată de orice stimuli emoţionali negativi, iar în unele cazuri chiar de informaţiile pozitive (de exemplu, Becker şi colab., 2001; Bradley, Mogg, White şi Millar, 1995; Buckley şi colab., 2002; Lim şi Kim, 2005; Lundh şi colab., 1999; Martin, Williams şi Clark, 1991; McNally şi colab., 1994; Mogg şi colab., 1993; Mogg, Bradley, Millar şi White, 1995).

Pentru a investiga caracterul automat al biasării atenţionale favorizând ameninţarea, cercetătorii au modificat testul Stroop, astfel încât să includă condiţii subliminale (sub nivelul conştiinţei) şi supraliminale (deasupra nivelului conştiinţei). În aceste studii, cuvintele care reprezintă ameninţarea individuală şi acelea care nu reprezintă o ameninţare sunt prezentate foarte scurt (20 de milisecunde sau mai puţin) urmate de o camuflare, aceasta cuprinzând, de obicei, un şir de litere scrise aleatoriu exact în locul cuvântului. În unele studii, participanţii sunt rugaţi să spună ce culoare are cuvântul, iar în alte studii li se cere să dea numele culorii fondului pe care este proiectat cuvântul. În condiţia supraliminală, cuvintele rămân neacoperite pe ecran până când se numeşte culoarea. Figura 3.1 ilustrează testul emoţional Stroop modificat.

În multe studii, pacienţii anxioşi au prezentat o întârziere mult mai mare în denumirea culorii cuvintelor ameninţătoare subliminal, sugerând faptul că atenţia selectivă pentru ameninţare apare la nivelul automat preconştient (de exemplu, Bradley şi colab., 1995; Kyrios şi Iob, 1998; Lundh şi colab., 1999; Mogg şi colab., 1993). Datorită faptului că acest efect de interferenţă a ameninţării a apărut atât la experimentele pentru nivelul subliminal, cât şi la cele pentru nivelul supraliminal în cadrul aceluiaşi studiu, se presupune că biasarea atenţională favorizând ameninţarea implică procesele cognitive automate şi cele elaborative deopotrivă (de exemplu, Bradley şi colab., 1995; Lundh şi colab., 1999; Mogg şi colab., 1993).

Alt aspect important pe care îl vizează testul Stroop este relaţia dintre biasarea atenţională favorizând ameninţarea şi anxietatea ca stare şi anxietatea ca trăsătură. MacLeod şi Rutherford (1992) au constatat că

biasarea atențională automată favorizând amenințarea este influențată cel mai mult de o interacțiune între anxietatea ca stare și anxietatea ca trăsătură. Ei au comparat studenți cu anxietate ca trăsătură scăzută sau ridicată dintr-un lot nonclinic, într-un test emoțional Stroop modificat, și au constatat că studenții cu anxietate ca trăsătură ridicată, în perioade de stres (au fost testați cu o săptămână înaintea examenelor) au manifestat interferență subliminală Stroop mai mare pentru amenințare, în timp ce stresul nu a amplificat interferența amenințării pentru studenții cu anxietate scăzută ca trăsătură. În condiția supraliminală, atât studenții prezentând anxietate ridicată, cât și scăzută ca trăsătură au manifestat evitarea intenționată a cuvintelor amenințătoare. Alte studii au constatat că stresul și activarea crescute se asociază biasării atenționale mai pronunțate, în special în cazul indivizilor cu anxietate ridicată ca trăsătură sau temători (Chen, Lewin și Craske, 1996; Mogg, Mathews, Bird și MacGregor-Morris, 1990; Richards, French, Johnson, Naparstek și Williams, 1992; a se vedea McNally, Riemann, Louro, Lukach și Kim, 1992, pentru rezultate contrare). Cu toate acestea, efectele anxietății ca stare și ca trăsătură asupra biasării atenționale ar putea fi mai complicate decât s-a crezut. Indivizii cu o anxietate ridicată ca trăsătură manifestă o biasare automată preconștientă favorizând amenințarea, dar, spre deosebire de eșantioanele clinice, această biasare atențională poate să fie mai sensibilă la valența negativă în general, decât la conținutul specific al amenințării (de exemplu, Fox, 1993; Mogg și Marden, 1990). În plus, anxietatea ridicată ca stare poate determina o biasare automată în favoarea amenințării mai pronunțată la indivizii cu anxietate ridicată ca trăsătură (efectul interacțiunii), dar, la nivelul strategic, mai elaborativ, stresul poate să aibă efecte independente asupra biasării atenționale față de amenințare. MacLeod și Hagan (1992) au sugerat că indivizii nonclinici pot să-și modifice în mod strategic biasarea automată în favoarea amenințării, eliminând în felul acesta orice efecte de diferențiere ale interferenței în condiția supraliminală. Pacienții anxioși, pe de altă parte, probabil nu reușesc să modifice în mod strategic biasarea atențională preconștientă care favorizează amenințarea, astfel încât diferențele în privința amenințării continuă să se manifeste la nivelul elaborativ al procesării informațiilor. În final, rezultatele unui experiment emoțional Stroop în TSPT au condus la concluzia că o amplificare a stresului sau a activării poate să accentueze biasarea automată favorizând amenințarea, în vreme ce anticiparea unei amenințări mai puternice ar putea suprima biasarea atențională (Constans, McCloskey, Vasterling, Brailey și Mathews, 2004).

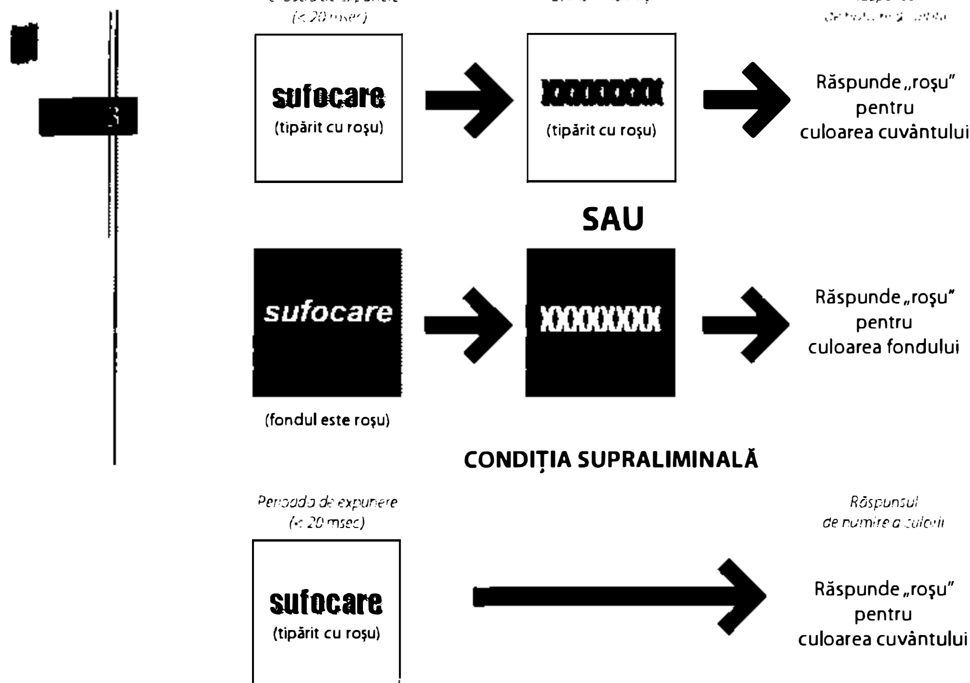


FIGURA 3.1. Ilustrarea condițiilor subliminală și supraliminală într-un test emoțional Stroop modificat

Există unele dovezi ale faptului că unii dintre pacienții care au răspuns la tratament au manifestat, într-adevăr, un declin important al efectelor interferenței cuvintelor specifice care denumeau amenințarea în tulburarea de care sufereau, iar pacienții care nu au răspuns la tratament nu au manifestat nicio schimbare în interferența Stroop (Mathews și colab., 1995; Mattia, Heimberg și Hope, 1993; Mogg, Bradley, Millar și White, 1995). În concluzie, există dovezi concludente că alocarea preferențială de care beneficiază indicii amenințării se petrece la un nivel automat preconștient de procesare a informațiilor, atât la indivizii anxioși clinic, cât și la cei cu anxietate ridicată ca trăsătură. Rezultatele sarcinilor de tip Stroop, în varianta emoțională, sunt mai puțin consecvente când se încearcă demonstrarea biasării atenționale la nivelul mai lent, elaborativ al procesării informațiilor.

Din păcate, interpretarea rezultatelor testului Stroop este împiedicată de limitările propriei metodologii. Este posibil ca numirea mai lentă a culorilor să se datoreze distragerii atenției de la cuvintele amenințătoare, mai degrabă decât atenției sporite acordate sensului cuvântului (MacLeod, 1999). Timpul mai îndelungat de reacție la cuvintele amenințătoare se poate datora efectelor de interferență ale unei reacții emoționale față de cuvânt (de exemplu, tresărirea) sau se poate datora preocupării mentale cu temele

legate de cuvântul respectiv (Bögels și Mansell, 2004). Din cauza acestor biasări potențiale ale reacțiilor (a se vedea Mogg și Bradley, 1999a), testele de detectare prin paradigma Dot Probe au depășit sarcina Stroop varianta emoțională, devenind paradigma experimentală preferată pentru investigarea biasării atenționale în anxietate.

Detectarea prin paradigma Dot Probe

Experimentul detectării prin paradigma Dot Probe poate evalua hipervigilența față de amenințare în termeni de facilitare și de interferență cu detectarea punctului fără efectele biasării reacției (MacLeod, Mathews și Tata, 1986). În cadrul acestui test, este prezentată o serie de perechi de cuvinte, cu un cuvânt plasat în jumătatea superioară a monitorului computerului, iar celălalt în jumătatea inferioară a monitorului. Testul începe cu o cruce care fixează centrul monitorului, care apare timp de aproximativ 500 de milisecunde, apoi urmează o prezentare scurtă (500 milisecunde) a unei perechi de cuvinte. În testele efective, este prezentată o pereche formată dint-un cuvânt amenințător și unul neutru, urmată de apariția unui punct în locul ocupat de unul dintre cuvinte. Indivizii trebuie să apese o tastă cât pot de repede atunci când văd punctul. Sunt prezentate, de obicei, sute de perechi în cadrul unei testări, multe dintre ele fiind formate din două cuvinte neutre.

Mai multe experimente de tipul Dot Probe au demonstrat o biasare atențională în favoarea amenințării la pacienții anxioși din punct de vedere clinic, dar nu și la grupurile de control cu indivizi nonanxioși. Pacienții anxioși, mai ales aceia cu un diagnostic primar de TAG, detectează mult mai rapid punctul, după cuvinte amenințătoare din punct de vedere fizic și social (MacLeod și colab., 1986; Mogg, Bradley și Williams, 1995; Mogg, Mathews și Eysenck, 1992). Vigilența atențională față de amenințare a fost depistată și în tulburarea de panică, pentru detectarea cuvintelor amenințătoare din punct de vedere fizic (Mathews, Ridgeway și Williamson, 1996), în TOC, pentru cuvinte referitoare la contaminare (Tata, Leibowitz, Prunty, Cameron și Pickering, 1996) și în fobia socială, pentru indicii privind evaluarea socială negativă (Asmundson și Stein, 1994). Vassilopoulos (2005) a constatat, totuși, că studenții anxioși social au manifestat vigilență față de toate cuvintele cu încărcătură emoțională (pozitivă sau negativă) la intervale scurte de expunere (200 de milisecunde), dar au manifestat evitare la aceiași stimuli verbali, după intervale mai lungi (500 de milisecunde). În plus, s-au raportat și rezultate negative, cu pacienți cu TAG care nu au manifestat vigilență atențională față de cuvinte amenințătoare sau chipuri furioase (Gotlib, Krasnoperova, Joormann și Yue, 2004; Mogg și colab., 1991; a se vedea, de asemenea, Lees, Mogg și Bradley, 2005, pentru rezultate negative la studenți deosebit de anxioși în legătură cu starea de sănătate.

Cercetătorii au folosit *sarcina vizuală Dot Probe*, în care detectarea punctului este măsurată la perechi de stimuli pictoriali cu expresii faciale furioase versus expresii neutre, pentru o reprezentare mai fidelă a amenințării evaluative sociale (Mogg și Bradley, 1998). Cu toate acestea, testul vizual Dot Probe nu a oferit rezultate concludente. Unii dintre cercetători au

raportat o vigilență selectivă inițială (detectare de probe mai rapidă) față de expresiile faciale furioase sau ostile doar la intervale scurte (de exemplu, Mogg, Philippot și Bradley, 2004), iar alți cercetători nu au reușit să depisteze vigilența față de expresiile amenințătoare sau ostile în grupurile analoage și nici măcar în grupurile clinice cu anxietate socială (Gotlib, Kasch și colab., 2004; Pineles și Mineka, 2005), în timp ce alții au raportat chiar un rezultat contrar, de anxietate socială pronunțată, caracterizat prin evitarea semnificativă a chipurilor exprimând emoții (Chen, Ehlers, Clark și Mansell, 2002; Mansell, Clark, Ehlers și Chen, 1999). O explicație posibilă ar fi aceea că fobia socială implică o vigilență atențională inițială pentru evaluarea socială, urmată de evitarea stimulilor amenințători din punct de vedere social, atunci când se produce procesarea mai elaborativă (Chen și colab., 2002; a se vedea și rezultatele comunicate de Mogg și colab., 2004).

Experimentele de tip Dot Probe s-au folosit pentru investigarea vulnerabilității cognitive la anxietate, prin stabilirea dacă anxietatea ridicată ca trăsătură se caracterizează prin detectarea mai rapidă a stimulilor amenințării. Rezultatele cele mai concludente au stabilit că indivizii cu o anxietate ridicată ca trăsătură detectează mai rapid cuvintele și chipurile amenințătoare în cadrul testului Dot Probe, comparativ cu indivizii cu anxietate redusă ca trăsătură, mai cu seamă în intervale de expunere mai scurte (Bradley, Mogg, Falla și Hamilton, 1998; Mogg și Bradley, 1999b; Mogg, Bradley, Miles și Dixon,2004; Mogg și colab., 2000, Experiment 2). Alte studii au raportat, însă, rezultate complet negative pentru anxietatea ca trăsătură, concluzia fiind că hipervigilența față de amenințare se datora stării de anxietate (sau stresului imediat), fie singură, fie în interacțiune cu anxietatea ca trăsătură (de exemplu, Bradley, Mogg și Millar, 2000; Mogg și colab., 1990).

Este posibil ca aceste rezultate discordante să fi apărut deoarece biasarea atențională în anxietate implică atât hipervigilența, cât și evitarea stimulilor amenințării (Mathews și Mackintosh, 1998; Mogg și Bradley, 1998). În general, hipervigilența față de amenințare este mai evidentă în timpul expunerilor scurte, când predomină procesele automate preconștiente și la niveluri ridicate de intensitate a amenințării. Evitarea stimulilor amenințării apare cu o probabilitate mai mare în timpul expunerilor cu durată mai crescută, atunci când intră în vigoare procesări cognitive mai elaborate și când este vorba de stimuli care reprezintă o amenințare redusă. Acest pattern vigilență-evitare este evident cu precădere în temeri specifice, cu anxietate ridicată ca trăsătură caracterizată de vigilență inițială față de amenințare, fără să fie urmată de evitare (Mogg și colab., 2004; a se vedea Rohner, 2002 pentru rezultate contrare). Totuși, Rohner (2002) nu a confirmat această distincție dintre anxietate și frică.

Într-un studiu care a urmărit în mod direct efectele modificării intensității amenințării, Wilson și MacLeod (2003) au comparat duratele pentru detectare în testul Dot Probe obținute de studenți cu anxietate ca trăsătură ridicată și scăzută la expunerea la expresii faciale foarte ușor, ușor, moderat, foarte și extrem de furioase, toate însoțite de o față neutră. Niciun participant nu a manifestat biasare atențională în cazul stimulilor pentru amenințare foarte redusă, evitare atențională în cazul fețelor ușor

ameninţătoare şi vigilenţă atenţională faţă de majoritatea stimulilor deosebit de ameninţători. Este interesant faptul că diferenţele care s-au identificat la nivelul atenţional între grupuri au fost vizibile doar în cazul chipurilor moderat ameninţătoare, faţă de care doar grupul cu anxietate ridicată ca trăsătură a dovedit o detectare mai rapidă a feţelor ameninţătoare comparativ cu feţele neutre. Alţi cercetători au constatat şi faptul că biasarea atenţională, favorizând ameninţarea, se accentuează în funcţie de valoarea de ameninţare a stimulului (Mogg şi colab., 2004; Mogg şi colab., 2000). Într-un studiu mai recent, indivizii cu anxietate ridicată ca trăsătură au oferit dovezi clare de atenţie preferenţială şi de detaşare dificilă de ameninţarea puternică la 100 de milisecunde, dar evitare atenţională la 200 sau la 500 de milisecunde (Koster, Crombez, Verschuere, Van Damme şi Wiersema, 2006). În sfârşit, într-un experiment de training atenţional realizat de MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy şi Holker (2002), studenţii antrenaţi să nu se aştepte la cuvinte negative au avut o reacţie emoţională redusă la inducerea stresului, comparativ cu studenţii antrenaţi să se aştepte la stimuli negativi. Aceasta indică faptul că biasarea atenţională poate să aibă un impact cauzal asupra reacţiei emoţionale.

În concluzie, cercetările bazate pe detectarea de tip Dot Probe, atât cele care au folosit stimuli semantici (cuvinte), cât şi cele care au folosit stimuli vizuali (expresii faciale) oferă cele mai puternice dovezi experimentale ale hipervigilenţei automate preconştiente faţă de ameninţare. Hipervigilenţa faţă de ameninţare tinde să apară cu precădere atunci când procesarea conştientă elaborativă este restricţionată (expuneri mai scurte, cu un grad mai redus de conştientizare), atunci când stimulii ameninţării sunt în concordanţă cu problemele sau cu îngrijorările pacientului şi când intensitatea ameninţării este moderată spre severă. În plus, atenţia preferenţială pentru ameninţare poate să fie amplificată de o detaşare dificilă faţă de stimulii foarte puternici ai ameninţării în cazul indivizilor deosebit de anxioşi (de exemplu, Koster şi colab., 2006). Evitarea atenţională a ameninţării joacă, în mod clar, un rol important în definirea biasării perceptuale în anxietate, dar poate să fie mai puţin pregnantă în cazul unei anxietăţi ca trăsătură accentuate (Mogg şi colab, 2004). În sfârşit, biasarea atenţională nu apare în mod exclusiv în anxietate, deoarece depresia, de exemplu, este caracterizată de o biasare atenţională favorizând informaţiile negative (de exemplu, Gotlib, Krasnoperova şi colab., 2004; Mathews şi colab., 1996).

Sarcini de identificare a stimulului

Paradigmele de identificare a stimulului presupun căutarea cuvintelor ameninţătoare sau neameninţătoare într-o matrice de cuvinte alese aleatoriu sau măsurarea latenţei în identificarea cuvintelor care sunt prezentate participanţilor la limita pragului lor de conştiinţă. În numeroase studii, pacienţii cu tulburare de panică au identificat mai mult stimulii ameninţării (Lundh şi colab., 1999; Pauli şi colab., 1997; a se vedea Lim şi Kim, 2005, pentru rezultate negative), iar indivizii cu fobie socială au identificat mai uşor chipurile furioase (Gilboa-Schechtman, Foa şi Amir, 1999). Totuşi,

studiile asupra anxietății generalizate au fost mai complicate, unele indicând favorizarea detectării amenințării (Mathews şi MacLeod, 1986; Foa şi McNally, 1986) şi altele sugerând că problema ar putea să fie distragerea accentuată influențată de stimuli amenințători (Mathews, May, Mogg şi Eysenck, 1990; Rinck, Becker, Kellerman şi Roth, 2003).

Rezumat

Există un suport empiric puternic pentru prima ipoteză a modelului cognitiv. În ciuda unor inadvertențe între studii, există, totuşi, suficiente dovezi provenind din diverse metodologii experimentale că anxietatea este caracterizată de hipervigilența față de stimulii amenințători şi că această biasare atențională lipseşte în stările de anxietate redusă. Este clar, însă, că trebuie să aducem multe clarificări în legătură cu această afirmație. Biasarea atențională favorizând amenințarea este mai evidentă în stadiile imediate sau incipiente ale procesării, atunci când prezența conştiinței este limitată, când stimulii amenințării corespund îngrijorărilor specifice relevante pentru anxietatea individului şi când intensitatea amenințării a atins un nivel moderat spre ridicat. Figura 3.2 oferă o ilustrare schematică a modului în care durata expunerii, semnificația şi valoarea amenințării determină rolul procesării atenționale selective a amenințării în anxietate (a se vedea Mogg şi Bradley, 1998, 2004, pentru detaliere).

Hipervigilența pentru amenințare lipseşte atunci când sunt prezentați stimuli uşor amenințători şi impersonali (de exemplu, cuvinte care reprezintă amenințări generale) la intervale de expunere îndelungate. La extrema cealaltă, toți indivizii manifestă vigilență sporită atunci când stimulii sunt deosebit de amenințători, extrem de personali şi preconştienți sau automați. Cu alte cuvinte, toată lumea va ține cont de stimulii considerați ca prezentând o amenințare deosebită. Cu toate acestea, stimulii moderat amenințători, specifici din punct de vedere personal şi prezentați la intervale scurte, preconştiente de expunere sunt aceia care vor determina biasarea atențională exagerată care favorizează amenințarea şi care caracterizează tulburările de anxietate. Stimulii moderat amenințători sunt considerați amenințători de către indivizii vulnerabili, dar sunt considerați neamenințători de către indivizii suferind de o anxietate uşoară (Mogg şi Bradley, 1998). Totuşi, atenția selectivă pentru amenințare (adică efectele facilitării) trebuie înțeleasă ca o interacțiune (adică o inhibiție) a proceselor evitante atenționale, care, la rândul său, depinde de o evaluare a valorii de amenințare a stimulului (Mathews şi Mackintosh, 1998). O hipervigilență aparentă pentru amenințare poate să se datoreze oricărei combinații dintre detectarea facilitată a amenințării, detaşare îngreunată față de amenințare sau evitare ulterioară a stimulilor amenințării cu expunere prelungită. Din aceste cercetări, deducem următoarea implicație clinică.

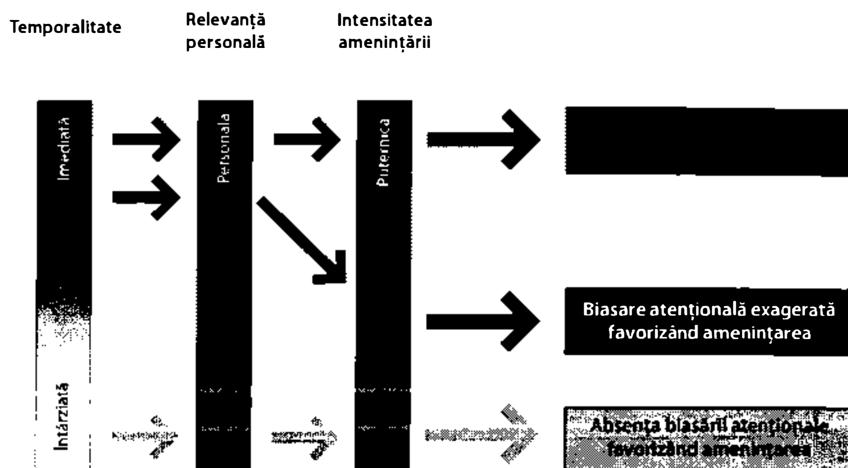


Figura 3.2. Reprezentarea schematică a gradientului pentru biasarea atențională

> **Instrucțiuni pentru clinician 3.1**
>
> Indivizii clinic anxioși și vulnerabili se orientează în mod automat spre amenințare, fără a fi conștienți de această tendință. O anumită formă de training atențional poate ajuta la contrabalansarea acestei biasări în orientare.

Ipoteza 2. Procesare atențională diminuată a siguranței

Indivizii anxioși manifestă o modificare atențională automată care îi îndepărtează de indicii de siguranță care nu corespund îngrijorărilor lor dominante privind amenințarea, în vreme ce indivizii nonanxioși prezintă o deplasare automată a atenției înspre indicii de siguranță.

Biasarea atențională selectivă favorizând amenințarea reflectă o îngustare a atenției care însoțește stimularea emoțională (Barlow, 2002). „Îngustarea atenției" se bazează pe sugestia lui Easterbrook (1959) că stimularea emoțională accentuată cauzează o reducere a gamei de indici folosiți (procesați) de un organism. Din perspectiva procesării informațiilor, aceasta înseamnă că, odată cu creșterea nivelului anxietății, se îngustează și mai mult atenția, concentrându-se asupra unei mulțimi restrânse de stimuli corespunzători stării afective, reducând în felul acesta amploarea procesării stimulului (Barlow, 2002; Wells și Matthews, 1994; a se vedea, de asemenea, Mathews și Mackintosh, 1998). În contextul de față, aceasta înseamnă că indivizii deosebit de anxioși ar trebui să manifeste cea mai mare îngustare atențională față de stimulii relevanți pentru amenințare, rămânând puține resurse atenționale pentru procesarea informațiilor care nu corespund

dispoziției afective, cum ar fi indici ai lipsei de amenințare sau ai siguranței. Predicția noastră este că informațiile care semnifică siguranța sau absența amenințării vor fi categoria stimulilor cea mai predispusă pentru a fi ignorată în stările de anxietate, deoarece se află în discordanță profundă cu această concentrare intensă asupra unei zone înguste a informațiilor amenințătoare.

Două întrebări sunt relevante pentru această a doua ipoteză. Întâi, manifestă indivizii deosebit de anxioşi o procesare semnificativ redusă a informațiilor relevante despre siguranță? În al doilea rând, manifestă indivizii nonanxioşi o biasare pronunțată a procesării în favoarea indiciilor de siguranță? Alte două aspecte, mai puțin importante dar în legătură cu această ipoteză, sunt dacă indivizii nonanxioşi îşi mută în mod automat atenția de la amenințare şi dacă indivizii deosebit de anxioşi evită în ultimă instanță indiciile amenințătoare într-un efort de a compensa sau de a suprima intenționat hipervigilența automată imediată față de amenințare şi pericol (Mathews şi Mackintosh, 1998; Mogg şi Bradley, 2004; Wells şi Matthews, 1994).

Anxietate ridicată: procesare diminuată a semnalelor de siguranță

După cum am menționat în Capitolul 2, procesarea inhibată a informațiilor privind siguranța este o procesare defectuoasă a informațiilor, tipică anxietății. Procesarea diminuată a siguranței ar putea constitui un factor cognitiv subiacent predispoziției indivizilor anxioşi pentru inițierea unui comportament orientat către căutarea siguranței, un factor important care determină persistența anxietății (a se vedea Rachman, 1984a; Salkovskis, 1996a, 1996b; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells şi Gelder, 1999). Aceasta pentru că evitarea şi alte comportamente de siguranță (de exemplu, ataşamentul față de obiecte, părăsirea locuinței doar în compania cuiva, accesul imediat la medicamente, solicitarea asigurărilor din partea celorlalți, verificarea) îi împiedică pe indivizi să ajungă în situații care le-ar infirma convingerile privind evenimentele catastrofice. De exemplu, o persoană care suferă de o tulburare de panică şi care merge la magazin numai însoțită de un membru apropiat al familiei nu va ajunge să afle că nu va suferi un atac de cord din cauza unei dureri toracice (cu alte cuvinte, convingerea privind teama de catastrofă), chiar dacă, probabil, simte o anxietate intensă când este singură în magazin. Prin urmare, convingerea privind catastrofa va persista, în ciuda faptului că nu va suferi un atac de cord, deoarece persoana inițiază un comportament de căutare a siguranței (evită magazinele sau ia un prieten să o însoțească) care previne rezultatul de care se teme atât de mult şi reduce anxietatea, dar, în acelaşi timp, nu îi permite să afle că această convingere este neîntemeiată (Salkovskis, Clark şi Gelder, 1996).

Cercetările au constatat că există o legătură între comportamentul de căutare a siguranței, convingerile privind catastrofa şi anxietatea persistentă. Un studiu în care s-a utilizat un chestionar privind tulburarea de panică (Salkovskis şi colab., 1996) a găsit dovezi ale asocierilor prezise dintre convingerile despre amenințare şi comportamentul de căutare a siguranței, atunci când indivizii au fost întrebați despre reacțiile lor în timpul celor mai severe episoade de panică sau anxioase. În plus, unele studii analoage ale tratamentului de scurtă durată au demonstrat că diminuarea comportamentului de căutare a siguranței a condus

la o diminuare mai pronunțată a convingerilor privind catastrofa şi o diminuare a anxietății (Salkovskis şi colab., 1999; Sloan şi Tech, 2002; Wells şi colab., 1995). Dacă indivizii anxioşi procesează mai lent şi mai ineficient informațiile despre siguranță, acest lucru are ca rezultat o concentrare intensă limitată asupra aspectelor amenințătoare ale unei situații. Această hipervigilență față de amenințare combinată cu procesarea diminuată a indiciilor de siguranță care nu corespund stării afective determină inițierea unor eforturi mai puternice şi mai susținute pentru restabilirea unui sentiment de securitate prin comportamentul de căutare a siguranței (a se vedea Figura 3.3 pentru relații propuse).

Există puține studii care au investigat procesarea informațiilor privind indicii siguranței în anxietate. Mansell şi D.M. Clark (1999) au constatat că indivizii anxioşi social expuşi unui exercițiu care prezenta o amenințare socială (să susțină un scurt discurs) îşi aminteau mult mai puține adjective pozitive care să-i descrie şi Amir, Beard şi Przeworski (2005) au raportat că indivizii cu fobie socială generalizată învățau cu dificultate interpretările neamenințătoare ale informațiilor sociale ambigue. De asemenea, un studiu psihofiziologic a constatat că veterani de război suferind de TSPT au fost mai puțin expresivi la stimulii pictoriali standard pozitivi emoțional (de exemplu, reacție diminuată a muşchiului zigomatic, evidențiată cu ajutorul EMG), după ce au vizionat o casetă de 10 minute, prezentând traume (Litz, Orsillo, Kaloupek şi Weathers, 2000; a se vedea Miller şi Litz, 2004, care nu au reuşit să obțină aceleaşi rezultate). Aceste rezultate sugerează că procesarea diminuată a informațiilor despre lipsa de amenințare sau despre siguranță poate să fie evidentă în anxietate, dar aceasta se poate întâmpla la nivelul ulterior al procesării strategice (a se vedea Derryberry şi Reed, 2002). De asemenea, numărul indiciilor pentru siguranță poate depăşi cu greu biasarea puternică favorizând amenințarea în procesarea informațiilor (adică Hayward, Ahmad şi Wardle, 1994) şi există chiar dovezi că indivizii cu tulburare de panică pot manifesta o biasare în recunoaştere favorizând expresiile faciale „sigure" (Lundh, Thulin, Czyzykow şi Öst, 1998).

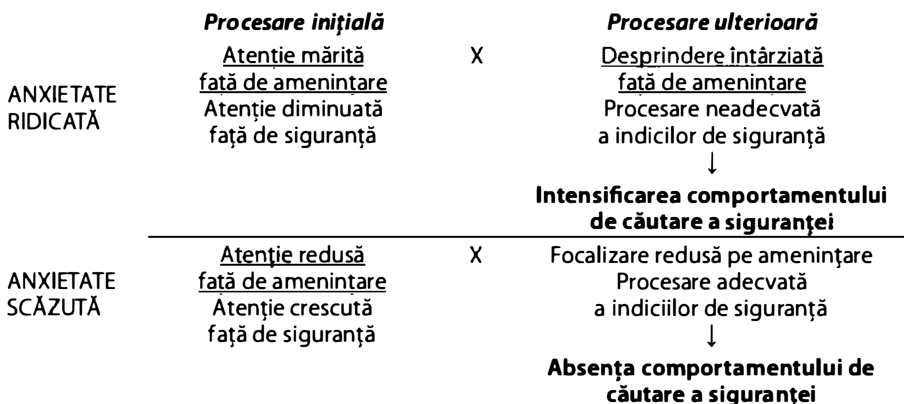


FIGURA 3.3. Sugestie pentru relația dintre biasările în procesarea amenințării şi a siguranței în anxietatea ridicată şi în anxietatea scăzută

În momentul de față, există prea puține studii care au investigat procesarea indiciilor de siguranță în anxietate şi de aceea statutul empiric al Ipotezei 2 nu poate fi determinat. În mod clar, este nevoie de studii care să compare în mod direct procesarea automată şi cea strategică a informațiilor relevante pentru anxietate şi pentru siguranță la indivizi anxioşi clinic şi la grupuri de control cu indivizi nonanxioşi. De asemenea, este important să se stabilească o relație între procesarea diminuată a indiciului de siguranță şi acțiunea sa de mediator al comportamentului de căutare a siguranței.

Anxietate scăzută: procesare accentuată a semnalelor de siguranță

Când se cercetează procesarea semnalelor de siguranță în lipsa anxietății, se pot obține două rezultate. Atenția poate fi atrasă spre stimuli pozitivi sau spre indicii de siguranță, astfel încât biasarea favorizând pozitivitatea este evidentă în stările nonanxioase. Rezultatul alternativ este că, în cazul unei anxietăți scăzute, nu apare nicio biasare atențională, astfel încât predomină o procesare egală a indiciilor amenințării şi ale siguranței.

În prezent, se cunosc puține lucruri despre procesarea informațiilor relevante pentru siguranță în stările de anxietate scăzută. În experimentul Dot Probe original întreprins de MacLeod şi colab. (1986) s-a constatat că grupul de control alcătuit din indivizi nonanxioşi avea tendința de a-şi muta atenția de la cuvintele amenințătoare (a se vedea, de asemenea, Mogg şi Bradley, 2002). Oricum, efectul acesta nu s-a mai obținut în majoritatea studiilor ulterioare (de exemplu, Mogg, Mathews şi Eysenck, 1992; Mogg, Bradley şi colab., 2004; Mogg şi colab., 2000). Pe de altă parte, MacLeod şi Rutherford (1992) au constatat că studenți cu o anxietate ca trăsătură redusă au manifestat o reducere semnificativă a interferenței în numirea culorii pentru cuvintele amenințătoare, pe măsură ce nivelul stării lor de anxietate a evoluat către starea de stres accentuat. În urma unui experiment bazat pe percepția culorii, Mogg şi colab. (1992, Experiment 3) au constatat că indivizii cu o anxietate ca stare redusă se opreau mai des asupra cuvintelor referitoare la afecțiuni psihologice decât asupra cuvintelor neutre. Totuşi, în majoritatea studiilor, grupul nonanxios prezintă puține rezultate diferențiate față de stimuli, sugerând o atenție egală acordată indiciilor amenințătoare şi celor neamenințătoare. Deşi lipseşte cercetarea esențială, Figura 3.3 ilustrează o posibilă interacțiune între procesarea atențională a amenințării şi a siguranței în cazul anxietății ridicate şi al anxietății scăzute, şi a felului în care aceste efecte combinate pot contribui la comportamentul de căutare a siguranței al indivizilor extrem de anxioşi.

Evitarea amenințării: o perspectivă empirică

După cum am menționat anterior, există dovezi ale faptului că unele temeri specifice se caracterizează printr-o vigilență inițială față de amenințare (la expuneri scurte), urmată de evitare atențională a amenințării la intervale mai lungi de expunere, în vreme ce anxietatea ridicată ca trăsătură indică doar orientarea inițială către amenințare (Amir, Foa şi Coles, 1998a; Mogg, Bradley

şi colab., 2004; Vassilopoulos, 2005). Alții, însă, au raportat existența unui pattern vigilență-evitare al biasării atenționale pentru anxietatea ridicată ca trăsătură (Rohner, 2002) şi concentrarea sporită asupra amenințării (Fox, 1994; Rink şi colab., 2003). Rămâne astfel neclară relația dintre o orientare inițială spre amenințare şi detaşarea ulterioară urmată de menținerea susținută a atenției departe de stimulii amenințători. Este evident că hipervigilența la amenințare poate fi contracarată prin intervenții terapeutice, prin eforturi de reprimare intențională sau prin crearea unei stări de anxietate scăzută (Mogg şi Bradley, 2004). Însă nu se ştie cum poate această detaşare de amenințare să influențeze procesarea indiciilor de siguranță.

Rezumat

În prezent, suportul empiric pentru Ipoteza 2 este insuficient, din cauza numărului redus de studii relevante. Există unele dovezi preliminare ale faptului că indivizii cu anxietate ridicată prezintă o procesare diminuată a informațiilor privind lipsa amenințării sau a siguranței, dar această biasare în procesare se poate evidenția doar la nivelul strategic al procesării, nu şi la nivelul automat. Relația dintre procesarea diminuată a indiciilor de siguranță şi apariția comportamentului de căutare a siguranței nu a fost investigată încă şi se cunosc puține lucruri despre procesarea semnalelor de siguranță în anxietatea scăzută. În sfârşit, s-au obținut rezultate eterogene în urma studiilor asupra detaşării de amenințare sau a evitării şi nu există cercetări privind relația sa cu procesarea semnelor de siguranță.

Instrucțiuni pentru clinician 3.2

Procesarea diminuată a semnalelor de siguranță sugerează că training-ul atențional deliberat pentru semnele de siguranță poate constitui o componentă esențială a tratamentului anxietății.

Ipoteza 3. Evaluări exagerate ale amenințării

Anxietatea este caracterizată printr-un proces automat de evaluare care exagerează valența amenințătoare a stimulilor relevanți, comparativ cu valența reală de amenințare a stimulilor. Indivizii nonanxioşi evaluează automat stimulii relevanți într-o manieră mai puțin amenințătoare, care aproximează nivelul real de amenințare al situației.

Există acum dovezi suficiente ale faptului că procesul de evaluare a amenințării este implicat în biasarea preatențională favorizând amenințarea în anxietate. Mathews şi Mackintosh (1998) sugerează că reprezentarea amenințării potențiale depinde de activarea unui *sistem de evaluare a amenințării* (SEA; *threat evaluation system - TES*). SEA reprezintă valoarea amenințării unui stimul întâlnit anterior şi înregistrat în mod automat într-un stadiu incipient al procesării informațiilor. În cazul unei anxietăți accentuate, contribuția SEA

creşte, astfel încât este nevoie de un prag scăzut al intensităţii stimulului pentru a evalua ameninţarea. Astfel, Mathews şi Mackintosh consideră că biasarea atenţională hipervigilentă favorizând ameninţarea apare ca reacţie la o evaluare automată preconştientă anterioară a ameninţării. Mogg şi Bradley (1998, 1999a, 2004) sugerează, de asemenea, că evaluarea stimulului ameninţării este o parte esenţială a procesării automate a informaţiilor care are loc în anxietate (a se vedea, de asemenea, modelul funcţiei executive de autoreglare propus de Wells, 2000). Demersurile teoretice recente care privesc frica şi anxietatea din perspectiva condiţionării susţin că informaţiile sunt analizate întâi de detectori ai caracteristicilor şi de un „sistem preconştient de evaluare a semnificaţiilor", care are ca rezultat o judecată rapidă a relevanţei stimulilor în ceea ce priveşte frica (Öhman, 2000). Astfel, afirmaţia noastră că evaluarea automată a ameninţării este o componentă esenţială a activării modului primar al ameninţării este în deplină concordanţă cu alte modele cognitive şi comportamentale ale fricii şi anxietăţii.

Sarcinile de memorie implicită oferă o paradigmă experimentală excelentă pentru investigarea prezenţei evaluării automate a ameninţării în anxietate. Aceste sarcini implică reamintirea unor informaţii codate anterior care determină o performanţă crescută la o sarcină ulterioară, chiar dacă individul nu este conştient sau nu-şi aminteşte de existenţa vreunei relaţii între experienţa trecută şi sarcina prezentă (Schacter, 1990; Sternberg, 1996). Cu alte cuvinte, expunerea anterioară la un stimul facilitează în mod pasiv procesarea ulterioară a aceloraşi stimuli şi se crede că acest „efect de amorsare" reflectă gradul de procesare integrativă care se produce în timpul codificării stimulului (MacLeod şi McLaughlin, 1995). Memoria implicită tinde să reflecte procesarea automată a informaţiilor, în vreme ce memoria explicită, un proces de recuperare deliberată şi dificilă a informaţiilor stocate, identifică mai exact procesele strategice, controlate (Williams şi colab., 1997).

Completarea rădăcinii cuvintelor

Memoria implicită a fost cercetată întâi cu ajutorul sarcinilor de completare a cuvintelor. În cadrul acestei sarcini, indivizii primesc o listă de cuvinte relevante pentru anxietate (de exemplu, *boală*, *atac*, *fatal*) şi cuvinte neutre (de exemplu, *umflat*, *zilnic*, *depozitare*). După exerciţiul introductiv, de învăţare a sarcinii, indivizii primesc un set de fragmente de cuvinte, cum ar fi primele trei litere ale unui cuvânt, şi sunt rugaţi să completeze fragmentul cu primul cuvânt care le vine în minte. Tendinţa de a completa fragmentul de cuvânt cu un cuvânt mai puţin uzual, dar care fusese inclus în lista prezentată anterior, ar fi un exemplu de memorie implicită. În exemplul următor, efectul de amorsare a ameninţării este evident în completarea fragmentului de cuvânt cu un cuvânt relevant pentru ameninţare prezentat anterior, mai degrabă decât cu un cuvânt neutru, uzual.

Listă codată	*Fragment de cuvânt*	*Răspuns posibil*
coronar	cor_	*coronar* vs. corn
atac	ata_	atac vs. *atașa*
fatal	fat_	*fatal* vs. *fată*

Studiile care folosesc exercițiile de completare a rădăcinii cuvintelor au obținut rezultate eterogene, care pot fi interpretate doar ca dovezi neconcludente ale memoriei implicite în anxietate. În unele studii, pacienții cu anxietate clinică sau cei cu anxietate ridicată ca trăsătură au făcut mai multe completări pentru cuvinte referitoare la amenințare, ceea ce sugerează o memorie implicită pentru amenințare (de exemplu, Cloitre, Shear, Cancienne şi Zeitlin, 1994; Eysenck şi Byrne, 1994; Mathews, Mogg, May și Eysenck, 1989; Richards şi French, 1991). Alte studii, însă, nu au reuşit să găsească o biasare implicită favorizând amenințarea (de exemplu, Baños, Medina şi Pascual, 2001; Lundh şi Öst, 1997; Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft şi Rodney, 1994). McNally (1995) consideră că exercițiile de completare a rădăcinii cuvintelor oferă o testare insuficientă a memoriei implicite în anxietate, deoarece sunt mai puternic influențate de atributele fizice ale cuvintelor decât de sensul acestora.

Exerciții bazate pe decizia lexicală

În exercițiile bazate pe decizia lexicală, indivizii primesc o listă de cuvinte cu valențe amestecate, printre care se găsesc unele relevante pentru anxietate, unele relevante pentru depresie şi altele neutre. După un exercițiu introductiv de completare, indivizii primesc o a doua listă de cuvinte, care conține câteva cuvinte din „vechea" listă, câteva cuvinte „noi" şi câțiva distractori, cuvinte inexistente (de exemplu, *ublor, mard, flid*). Apoi li se cere să indice cât pot de repede dacă stimulul este un „cuvânt" sau un „necuvânt". Decizia lexicală mai rapidă pentru cuvintele prezentate anterior sugerează existența efectului amorsării memoriei implicite. În anxietate prezicem o decizie lexicală mai rapidă pentru cuvintele prezentate anterior şi care sunt relevante pentru amenințare, comparativ cu acelea nerelevante pentru amenințare. În această paradigmă experimentală, efectele amorsării pot fi investigate subliminal sau supraliminal, în funcție de momentul primei expuneri - cu alte cuvinte, dacă s-a petrecut deasupra sau sub pragul conştiinței.

În două experimente de decizie lexicală, Bradley şi colegii săi (Bradley, Mogg şi Williams, 1994, 1995) nu au reuşit să găsească dovezi ale existenței unei biasări a memoriei implicite care să corespundă anxietății, nici în condiții de amorsare la nivel subliminal, nici în condiții de amorsare la nivel supraliminal (a se vedea, de asemenea, Foa, Amir, Gershuny, Molnar şi Kozak, 1997, pentru rezultate negative). Amir şi colegii săi au folosit o măsurătoare mai precisă pentru codarea automată a semnificației informațiilor, solicitând judecăți de natură perceptuală, mai degrabă decât de natură lexicală, cu privire la stimuli mai complecşi. În două studii, indivizi cu anxietate socială

au prezentat o evaluare semnificativă preferențial auditivă sau vizuală pentru stimulii amenințători prezentați anterior, care s-a interpretat a fi un indiciu al efectului de amorsare a memoriei implicite pentru stimulii amenințători din punct de vedere social (Amir, Bower, Briks şi Freshman, 2003; Amir, Foa şi Coles, 2000). Cu toate acestea, Rinck şi Becker (2005) nu au reuşit să identifice o biasare a memoriei implicite pentru cuvinte amenințătoare din punct de vedere social într-o sarcină de anagramare (adică identificarea cuvântului pe care îl formează literele amestecate). Astfel, rezultatele experimentelor standard bazate pe decizia lexicală sau ale studiilor mai recente orientate către amorsarea de la nivelul percepției nu au fost deosebit de edificatoare pentru a susține existența evaluării implicite (automate) a amenințării în anxietate.

Sarcini de identificare a stimulilor amorsați

Mai multe studii au investigat biasarea memoriei implicite, stabilind dacă indivizii anxioşi detectează cu mai multă precizie cuvintele amenințătoare (stimuli), prezentate rapid, după o expunere anterioară la stimuli amenințători şi neamenințători. MacLeod şi McLaughlin (1995) au constatat existența biasării memoriei implicite favorizând amenințarea la pacienții cu TAG, comparativ cu grupul de control alcătuit din indivizi nonanxioşi, folosind o sarcină tahistoscopică de identificare a cuvintelor. Grupul indivizilor cu TAG a detectat mai uşor vechile cuvinte amenințătoare comparativ cu cele neamenințătoare, în vreme ce indivizii nonanxioşi din grupul de control au identificat mai bine stimulii neamenințători decât cei amenințători. Cu toate acestea, alte studii nu au reuşit să constate o detectare mai rapidă a cuvintelor amenințătoare prezentate anterior, comparativ cu cele neamenințătoare la persoane cu tulburare de panică sau TAG (Lim şi Kim, 2005; Lundh şi colab., 1999; McNally şi Amir, 1996). Astfel, în studiile asupra amorsării identificării stimulilor există puține dovezi în sprijinul biasării memoriei implicite favorizând amenințarea.

Alte teste pentru evaluarea automată a amenințării

Amir şi colab. (1998a) au folosit o paradigmă cu omografe pentru a investiga activarea şi inhibiția informațiilor relevante pentru amenințare la indivizii cu fobie socială generalizată (FSG) şi la indivizi sănătoşi din grupul de control. Indivizii au citit propoziții scurte, urmate de un singur cuvânt care s-a potrivit sau nu s-a potrivit cu sensul propoziției. Li s-a cerut să decidă dacă acel cuvânt stimul se potrivea cu sensul propoziției. După cum se anticipase, doar grupul alcătuit din indivizi cu FSG a răspuns mai lent în cazul cuvintelor stimuli care urmau omonime al căror sens putea fi relevant pentru o amenințare socială. Efectul acesta a apărut doar în intervalele de amorsare a propozițiilor scurte, ceea ce sugerează că indivizii cu FSG sunt capabili să suprime sau să inhibe o evaluare automată a sensului amenințător al propoziției, atunci când au avut răgazul să realizeze o procesare mai elaborată.

Folosind o sarcină de memorie numită *eliberarea interferenței proactive* (EIP), care surprinde organizarea semantică a memoriei, Heinrichs şi

Hofmann (2004) nu au reuşit să identifice efectele prevăzute ale memoriei în cazul informaţiilor ameninţătoare din punct de vedere social la studenţii cu anxietate socială accentuată. De fapt, s-a constatat exact efectul opus în cadrul grupului cu anxietate socială scăzută, ceea ce a demonstrat prezenţa unui efect de eliberare a interferenţei proactive (EIP) faţă de cuvintele ameninţătoare din punct de vedere social. Într-un studiu care a analizat mişcarea ochilor la prezentarea unor chipuri furioase, fericite şi neutre, Rohner (2004) a demonstrat că indivizii au învăţat să-şi distragă atenţia de la chipurile furioase. Prin urmare, în experimentul acesta, anxietatea a fost asociată cu o memorie implicită pentru evitarea ameninţării.

În sfârşit, o paradigmă experimentală numită Testul asocierilor implicite (TAI) a fost folosită pentru a studia asociaţiile automate bazate pe memorie dintre două concepte (Greenwald, McGhee şi Schwartz, 1998). Ea este considerată un index al atitudinilor implicite, deoarece este relativ neinfluenţată de procesele conştiente controlate (Teachman şi Woody, 2004). Într-un studiu efectuat pe indivizi care manifestă o teamă puternică de şerpi sau de păianjeni, Teachman, Gregg şi Woody (2001) au identificat diferenţe semnificative între asocierile negative implicite pentru atitudinile faţă de şerpi versus atitudinile faţă de păianjeni, la nivelul mai multor categorii semantice concordante cu cele specifice temerilor indivizilor (Teachman şi Woody, 2003; a se vedea de Jong, van den Hout, Rietbrock şi Huijding, 2003, pentru rezultate negative în privinţa asociaţiilor implicite pentru stimuli referitori la păianjeni într-un grup de indivizi care manifestau o frică intensă de păianjeni). În plus, s-a remarcat o schimbare a asociaţiilor implicite legate de frică pe parcursul a trei şedinţe de terapie de grup în care s-a folosit metoda expunerii pentru tratamentul fobiilor (Teachman şi Woody, 2003).

Două studii au comparat indivizii cu anxietate socială intensă cu indivizi cu anxietate socială scăzută, folosind testul asocierii implicite. Tanner, Stopa şi de Houwer (2006) au constatat că indivizii din ambele grupuri aveau o stimă de sine implicită pozitivă, după cum au indicat timpii lor de reacţie la clasificarea cuvintelor în cadrul testului (TAI). Totuşi, stima de sine implicită a fost semnificativ mai puţin pozitivă în grupul cu anxietate socială intensă, sugerând că efectul de favorizare a propriei persoane este mai slab la indivizii care au raportat anxietate socială intensă. De Jong (2002) a concluzionat, de asemenea, că indivizii puternic anxioşi social prezintă o biasare mai slabă favorizând propria persoană, dar rezultatele sale au sugerat că lucrul acesta se datora asociaţiilor care reflectau o stimă mult mai mare pentru alţii. Deşi până acum s-au publicat doar câteva studii bazate pe TAI, ele sprijină într-o oarecare măsură teoria asocierii automate a ameninţării în anxietate. Cu toate acestea, majoritatea studiilor s-au bazat pe eşantioane analoage, astfel că este posibil ca la eşantioanele clinice să se găsească rezultate mai concludente (Tanner şi colab., 2006).

Rezumat

În ciuda consensului diverselor modele ale anxietății în privința existenței unui anumit nivel de evaluare automată a amenințării în stările de anxietate, din punct de vedere experimental acest efect este greu de demonstrat. Cele câteva studii relevante pentru Ipoteza 3 au prezentat rezultate insuficient de concludente. Coles și Heimberg (2002) au conchis, în trecerea lor în revistă, că suportul empiric pentru biasările memoriei implicite în toate tulburările de anxietate este modest. Poate că rezultatele ar fi mai elocvente dacă manipulările amorsării ar fi mai sensibile la semnificația semantică a stimulilor, în detrimentul proprietăților sale perceptuale. Este clar, de asemenea, că dovezile privind biasarea automată în favoarea amenințării variază în funcție de sarcina experimentală cognitivă folosită. Unele dintre primele rezultate obținute în urma folosirii TAI sugerează că asocierile implicite ale amenințării pot să caracterizeze anxietatea, dar rezultatele sunt încă insuficiente.

Instrucțiuni pentru clinician 3.3

Prezența evaluării automate a amenințării în anxietate indică faptul că identificarea deliberată, depistarea și analiza evaluării inițiale a amenințării sunt utile pentru diminuarea impactului evaluărilor automate ale amenințării.

CONSECINȚELE ACTIVĂRII MODULUI AMENINȚĂRII

Ipoteza 4. Erori cognitive biasate de amenințare

Indivizii cu anxietate accentuată comit mai multe erori cognitive în timp ce procesează anumiți stimuli amenințători, ceea ce crește rezistența informațiilor privind amenințarea și diminuează rezistența informațiilor privind siguranța care nu sunt în concordanță cu ele. Pattern-ul invers este evident în stările nonanxioase unde este prezentă o biasare a procesării cognitive favorizând semnalele neamenințătoare și de siguranță.

Ipoteza 4 se referă la efectele cognitive ale activării fricii care implică hipervigilență preconștientă față de amenințare, generare automată a semnificației amenințării și acces redus la semnalele de siguranță. Această selectivitate automată pentru amenințare conduce la biasare ulterioară în procesarea laborioasă sau strategică. Noi prezicem că activarea modului amenințării conduce la:

1. supraestimarea probabilității, a gravității și a proximității semnalelor relevante de amenințare;
2. subestimarea prezenței și a eficacității semnalelor relevante de siguranță;

3. comiterea unor erori cognitive de procesare, cum ar fi minimalizarea, magnificarea, abstragerea selectivă și catastrofarea.

Estimări biasate ale amenințării

Una dintre constatările cele mai relevante ale cercetării cognitive asupra anxietății este aceea că indivizii anxioşi au tendința de a supraestima probabilitatea că se vor confrunta cu situații care le provoacă starea specifică de anxietate. Într-un studiu de început, Butler şi Mathews (1983) au prezentat 10 situații ambigue unui grup de indivizi anxioşi clinic,unui grup de indivizi suferind de depresie şi unui grup de control. Grupul indivizilor anxioşi a oferit mult mai multe interpretări amenințătoare şi a estimat aceste evenimente amenințătoare ca fiind mult mai probabile şi mai severe (cu alte cuvinte, costul subiectiv) decât grupul de control, dar nu şi decât grupul alcătuit din indivizi depresivi. Acest rezultat s-a repetat mai târziu în cazul studenților cu anxietate ridicată ca trăsătură (Butler şi Mathews, 1987). Estimările biasate privind probabilitatea amenințării s-au găsit şi în urma cercetărilor ulterioare în care fobici social supraestimează probabilitatea de a se confrunta cu evenimente sociale negative (Foa, Franklin, Perry şi Herbert, 1996; Lucock şi Salkovskis, 1988), claustrofobicii exagerează probabilitatea de a se afla în spații închise (Öst şi Csatlos, 2000), indivizii cu tulburare de panică interpretează scenarii legate de stimulare şi consecințele lor fizice negative ca fiind mai probabile şi mai traumatizante (McNally şi Foa, 1987; Uren, Szabó şi Lovibond, 2004), iar persoanele predispuse la îngrijorare oferă estimări mai subiective ale probabilității evenimentelor negative viitoare (de exemplu, MacLeod, Williams şi Bekerian, 1991). În studiul menționat la urmă, accesul sporit la motivele pentru care ar putea să se petreacă evenimentul negativ şi accesul redus la motivele pentru care acesta nu se va petrece (prin urmare, caracteristicile referitoare la siguranță) au prezis judecăți privind probabilitatea.

Biasarea cognitivă ar trebui să fie cel mai mult evidențiată în timpul activării fricii. Corelația pozitivă între estimările amplificate privind probabilitatea sau gravitatea (cu alte cuvinte, costul) amenințării şi intensitatea simptomelor anxioase este în concordanță cu această predicție (de exemplu, Foa şi colab., 1996; Lucock şi Salkovskis, 1988; Muris şi van der Heiden, 2006; Öst şi Csatlos, 2000; Woods, Frost şi Steketee, 2002). În plus, în cadrul experimentelor bazate pe provocarea fricii, s-au identificat relații cauzale între anxietate şi percepția amenințării. În diverse studii, indivizi anxioşi şi fobici prezic că vor simți mai multă frică şi vor suferi mai multe atacuri de panică decât se întâmplă de fapt, atunci când sunt expuşi unei situații înfricoşătoare (de exemplu, Rachman, Levitt şi Lopatka, 1988b; Rachman şi Lopatka, 1986; Rachman, Lopatka şi Levitt, 1988). Tendința aceasta de a supraestima probabilitatea amenințării a fost depistată şi în cazul stărilor de îngrijorare ale persoanelor care manifestă o stare de îngrijorare cronică (Vasey şi Borkovec, 1992), precum şi în evaluările negative exagerate ale performanței sociale generate de indivizii anxioşi social (Mellings şi Alden, 2000; Stopa şi

Clark, 1993). Cu toate acestea, prin experiențe repetate, indivizii ajung să manifeste o scădere a predicțiilor exagerate referitoare la frică, astfel încât estimările lor devin mai apropiate de nivelul real al fricii lor.

Efectul dezadaptativ al perspectivei pericolului

Împreună cu estimările exagerate ale probabilității și ale gravității amenințării, evaluările inexacte referitoare la proximitatea pericolului sunt un alt aspect al procesării cognitive biasate în anxietate. Riskind și Williams (2006) accentuează faptul că „reprezentările mentale ale pericolului care se intensifică în mod dinamic și ale riscului care crește cu rapiditate" (pp. 178-179), denumite *stilul dezadaptativ al perspectivei pericolului* sunt o componentă esențială a evaluării amenințării în anxietate. În conformitate cu observațiile lui Riskind și ale colegilor săi, o trăsătură importantă a oricărui stimul amenințător este percepția amenințării ca fiind în mișcare și în proces de intensificare față de individ, în termenii proximității fizice sau temporale a evenimentelor reale, dar și în termenii repetiției mentale a cursului potențial al evenimentelor viitoare (Riskind, 1997; Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak și Cortina, 2000). Amenințarea exagerată în anxietate trebuie înțeleasă în termenii acestui conținut al pericolului dinamic care presupune calități ale amenințării, precum rapiditatea (viteza direcțională), impulsul accelerării (rata de creștere) și direcția (îndreptarea către persoană) (Riskind, 1997; Riskind și Williams, 1999, 2005, 2006). Modelul vulnerabilității față de perspectiva pericolului susține că anxietatea apare atunci când se estimează că amenințarea se apropie repede sau se insinuează asemenea unui șarpe, asemenea unei limite, asemenea unei boli sau unui eșec social (Riskind, 1997). Acest fapt este considerat o caracteristică esențială a schemei pericolului, activată în anxietate, și, astfel, un construct specific aplicabil tuturor stărilor de anxietate, de la fobii simple la fenomene mai abstracte, precum îngrijorarea sau TAG (Riskind și Williams, 1999).

Riskind și Williams (2006) trec în revistă cercetările recente care demonstrează rolul pericolului perceput care se intensifică și rolul riscului care crește cu rapiditate (adică al perspectivei înfricoșătoare) ca predictori ai altor caracteristici ale fenomenologiei anxietății. Studiile experimentale indică faptul că stimulii fricii aflați în mișcare (de exemplu, înregistrările video cu tarantule) generează mai multe cogniții legate de frică și de amenințare decât stimulii staționari sau neutri ai fricii (Dorfan și Woody, 2006; Riskind, Kelly, Harman, Moore și Gaines, 1992) și că anxietatea de tip fobic este asociată cu o tendință mai mare de a percepe un stimul al fricii (de exemplu, un păianjen) care se schimbă sau se mișcă rapid spre individ (de exemplu, Riskind și colab., 1992; Riskind, Moore și Bowley, 1995; Riskind și Maddux, 1993). În plus, Chestionarul stilului dezadaptativ al perspectivei pericolului (LMSQ), care evaluează tendința de a genera scenarii mentale care presupun mișcarea spre un rezultat foarte temut, este asociat doar cu unele caracteristici ale fenomenologiei anxietății (Riskind și colab., 2000) și poate fi un factor latent comun subiacent în TOC, TSPT, TAG, fobia socială și fobiile specifice (Williams, Shahar, Riskind și Joiner, 2005). În ansamblu, aceste constatări sunt

în concordanță cu observația potrivit căreia indivizii anxioşi judecă în mod greşit natura iminentă a stimulilor amenințării, ceea ce îi conduce la concluzia eronată că pericolul ar fi mai aproape în timp şi spațiu decât este în mod real. Cercetările lui Riskind indică faptul că această sensibilitate accentuată în fața calităților kinetice ale pericolului constituie un aspect important al evaluărilor biasate ale amenințării în anxietate.

Erorile cognitive

În mod surprinzător, există puține studii care au investigat relevanța erorilor cognitive depresive (de exemplu, gândirea dihotomică, suprageneralizarea, abstragerea selectivă) pentru anxietate. Într-un studiu consacrat conținutului gândurilor, indivizii cu TAG au generat mai multe construcții imperative („trebuie/ ar trebui") şi mai multe cuvinte catastrofice decât studenții disforici şi nonanxioşi, şi toți participanții au comis mai multe erori cognitive în stările de îngrijorare decât în condiții neutre (Molina, Borkovec, Peasley şi Person, 1998). În ciuda cercetării insuficiente, este probabil ca indivizii anxioşi să prezinte multe erori cognitive similare cu cele întâlnite în depresie, mai cu seamă atunci când se confruntă cu informații relevante pentru îngrijorările legate de frică. Totuşi, este nevoie ca studiile de specialitate să determine rolul erorilor cognitive inferențiale în tulburările de anxietate.

Rezumat

Începem scurta prezentare a Ipotezei 4 cu trei predicții privind rolul erorilor cognitive în activarea fricii. Din păcate, doar una dintre aceste trei predicții a fost testată empiric. Dovezile empirice confirmă faptul că indivizii anxioşi exagerează în ceea ce priveşte probabilitatea şi, probabil, gravitatea situațiilor negative legate de îngrijorările lor anxioase. Această biasare cognitivă pentru estimarea amenințării apare ca fiind relevantă pentru majoritatea tulburărilor de anxietate, deşi este încă discutabil dacă ea este specifică doar anxietății. Cercetările referitoare la stilul cognitiv al perspectivei pericolului iminent indică faptul că evaluarea exagerată a proximității şi a naturii iminente a pericolului constituie un aspect esențial al evaluării biasate favorizând amenințarea, care potențează starea de anxietateEste foarte probabil ca indivizii deosebit de anxioşi să genereze aceleaşi tipuri de erori cognitive pe care le vedem în depresie. Perspectiva catastrofică este bine cunoscută în tulburarea de panică, dar este posibil ca şi gândirea dihotomică, abstragerea selectivă, magnificarea/ minimalizarea, suprageneralizarea şi alte forme de gândire rigidă şi absolutistă să fie pregnante în toate tulburările de anxietate. Este nevoie de cercetări mai aprofundate, care să determine dacă unele dintre aceste erori cognitive sunt specifice îngrijorărilor relevante pentru amenințare şi care este rolul pe care îl au acestea în persistența activării fricii. Ar fi, de asemenea, util să se treacă de la nivelul măsurătorilor statice ale erorilor cognitive, de tip creion-hârtie, la „o evaluare online" a conținutului gândurilor în timpul provocării fricii.

În momentul de față, nu avem nicio informație asupra rolului erorilor cognitive în procesarea redusă a semnalelor de siguranță, care este considerată o caracteristică importantă a activării fricii. Considerăm că, dacă erorile cognitive de procesare pot conduce la o supraestimare a amenințării, atunci același stil de procesare cognitivă poate să conducă și la o subestimare a siguranței. Această ultimă observație trebuie, însă, să aștepte investigațiile empirice.

Instrucțiuni pentru clinician 3.4

Experiențele repetate cu situații care presupun niveluri variabile de amenințare iminentă și care infirmă așteptările exagerate privind amenințarea ale indivizilor anxioși sunt esențiale pentru modificarea stilului greșit de gândire care contribuie la persistența stării de anxietate.

Ipoteza 5. Interpretarea negativă a anxietății

Indivizii deosebit de anxioși generează mai multe interpretări negative și amenințătoare ale sentimentelor lor subiective anxioase și ale simptomelor comparativ cu indivizii cu niveluri scăzute de anxietate.

În modelul cognitiv (a se vedea Figura 2.1), stimularea crescută a sistemului nervos autonom sau stimularea fiziologică accentuată este o altă caracteristică pregnantă a activării modului amenințării. Ipoteza 5 se referă, însă, la procesele cognitive asociate stimulării fiziologice. Se consideră că indivizii deosebit de anxioși își percep activarea accentuată, sentimentele de anxietate și alte simptome somatice ale anxietății ca fiind mai amenințătoare și mai insuportabile decât indivizii cu anxietate scăzută. De asemenea, este de așteptat ca această „frică de frică" (Chambless și Gracely, 1989) să fie mai evidentă în timpul stărilor de anxietate intensă și să-i motiveze pe indivizi să întrerupă programul de reducere a fricii.

Beck și colab. (1985, 2005) au identificat un alt aspect al acestei interpretări negative a anxietății, *„raționamentul emoțional"*, în care starea în care au senzația de anxietate este ea însăși interpretată ca o dovadă a prezenței pericolului. Mai târziu, Arntz, Rauer și van den Hout (1995) au denumit-o *„raționament ex-consequentia"*, aceasta implicând aserțiunea falsă „Mă simt anxios, trebuie să existe un pericol" (p. 917). Ei au constatat că pacienții arahnofobici, cei suferind de tulburarea de panică, de fobia socială și de alte tulburări de anxietate, spre deosebire de grupul nonclinic de control, au fost influențați în mod semnificativ în estimările pericolului unor scenarii reprezentând o anxietate ipotetică de prezența informațiilor referitoare la reacția anxioasă.

Se sugerează că diverse aspecte ale experienței subiective a anxietății sunt percepute ca amenințătoare în funcție de natura tulburării de anxietate. În unele cazuri, simptomele fiziologice sunt considerate cele mai inacceptabile, în vreme ce, în alte tulburări, fenomenele cognitive (adică îngrijorarea sau

gândurile intruzive nedorite) sau chiar senzația accentuată de anxietate generală sunt percepute ca fiind cele mai îngrijorătoare. Indiferent care este ținta reală, starea de anxietate în sine este cea considerată amenințătoare pentru individ. Tabelul 3.1 prezintă interpretările negative specifice ale anxietății asociate fiecăreia dintre tulburările de anxietate discutate în volumul acesta.

Dovezi empirice

Interpretarea negativă a activării fiziologice reprezintă un proces central în modelul cognitiv al tulburării de panică (a se vedea Capitolul 8, pentru detalii). Studiile în care s-au administrat chestionare indică faptul că indivizii suferind de tulburarea de panică sunt mai predispuşi să interpreteze greşit în mod negativ (chiar catastrofic) senzațiile fizice asociate anxietății şi să raporteze un distres mai mare atunci când au aceste simptome, comparativ cu indivizii nonclinici sau cu aceia suferind de alte tipuri de tulburări de anxietate (de exemplu, D.M. Clark şi colab., 1997; Harvey, Richards, Dziadosz şi Swindell, 1993; Hochn-Saric, McLeod, Funderburk şi Kowalski, 2004; Kamieniecki, Wade şi Tsourtos, 1997; McNally şi Foa, 1987; Rapee, Ancis şi Barlow, 1988). De asemenea, cercetările experimentale indică faptul că pacienții suferind de panică sunt mai predispuşi să se simtă neliniştiți sau chiar să intre în panică, atunci când se concentrează asupra senzațiilor fizice induse sau naturale (Antony, Ledley, Liss şi Swinson, 2006; Pauli, Marquardt, Hartl, Nutzinger, Hölzl şi Strain, 1991; Rachman, Lopatka şi Levitt, 1988; Rachman, Levitt şi Lopatka, 1988; Hochn-Saric şi colab., 2004). Împreună, aceste studii oferă o bază empirică solidă teoriei conform căreia interpretarea greşită amplificată a activării fiziologice este un proces esențial în panică.

În cazul indivizilor cu TAG, interpretarea negativă pe care o dau anxietății se va caracteriza prin concentrarea asupra simptomelor cognitive ale acesteia. Adrian Wells a observat pentru prima dată că „îngrijorarea despre îngrijorare" (adică metaîngrijorarea) este o trăsătură pregnantă a TAG, care îi deosebeşte pe cei deosebit de îngrijorați de cei care nu se îngrijorează (Wells, 1997; Wells şi Butler, 1997; Wells şi Mathews, 1994). Metaîngrijorarea implică o evaluare subiectivă negativă a semnificației, a incidenței crescute şi a dificultăților percepute asociate imposibilității de a controla îngrijorarea (Wells şi Mathews, 1994). Dovezile faptului că TAG este asociată metaîngrijorării accentuate confirmă Ipoteza 5 şi indică faptul că, în anxietatea generalizată, o interpretare negativă a actului îngrijorării (de exemplu, „Dacă nu încetez să mă îngrijorez, mă voi distruge din punct de vedere emoțional") contribuie la intensificarea şi la persistența stării de anxietate. De fapt, mai multe studii au dovedit că pacienții cu TAG s-au deosebit de pacienții suferind de alte tulburări de anxietate (în special fobia socială) prin scorurile ridicate pe care le-au obținut pentru metaîngrijorare (Wells şi Carter, 2001) şi există o relație puternică între metaîngrijorare şi tendința crescută de a suferi de îngrijorare patologică (Wells şi Carter, 1999; Wells şi Papageorgiou, 1998a; a se vedea, de asemenea, Rassin, Merchelback, Muris şi Spaan, 1999). Într-un studiu de început întreprins de către Ingram (1990), acesta a constatat că anxietatea generalizată şi depresia se caracterizează printr-o concentrare mai

intensă asupra propriilor gânduri, senzații și sentimente, după cum indică Scala Conștiinței de Sine (SCS) întocmită de Fenigstein, Scheier și Buss (1975). Aceste studii confirmă Ipoteza 5, indicând faptul că o concentrare crescută asupra caracteristicilor negative ale îngrijorării exacerbează starea generală de anxietate.

TABELUL 3.1. Interpretări negative specifice ale anxietății asociate fiecăreia dintre tulburările de anxietate

Tulburarea de anxietate	Concentrare asupra interpretării negative a anxietății
Tulburarea de panică	Activare fiziologică, senzații fizice specifice
Tulburarea de anxietate generalizată	Trăirea subiectivă a îngrijorării („îngrijorarea despre îngrijorare")
Fobia socială	Indicatori somatici și comportamentali ai senzației de anxietate în situații sociale
Tulburarea obsesiv-compulsivă	Stare de anxietate asociată unor gânduri, imagini sau impulsuri intruzive și nedorite
Tulburarea de stres posttraumatic	Simptome specifice ale activării fiziologice și emoționale asociate intruziunilor mentale legate de traumă

În fobia socială, interpretarea negativă a simptomelor anxioase în situații sociale din cauza temerii că anxietatea va fi percepută negativ de către ceilalți este o caracteristică principală a tulburării (a se vedea D.M. Clark și Wells, 1995; Wells și Clark, 1997). În diverse studii, s-a constatat că fobia socială se caracterizează prin evaluarea negativă a indicilor interoceptivi legați de anxietate, ceea ce conduce la inferențele eronate privind felul în care individul crede că este perceput de către ceilalți și, ulterior, la anxietatea subiectivă accentuată (pentru o trecere în revistă, a se vedea D.M. Clark, 1999; Bögels și Mansell, 2004). Atenția crescută asupra propriei persoane a fost depistată în anxietatea socială (de exemplu, Daly, Vangelisti și Lawrence, 1989; Hackman, Surawy și Clark, 1998; Mellings și Alden, 2000). Mai mult, s-a constatat că atenția specială acordată simptomelor anxioase (de exemplu, îmbujorarea) intensifică anxietatea în anxietatea socială severă, dar nu și în anxietatea socială scăzută (Bögels și Lamers, 2002; vezi Bögels, Rijsemus și De Jong, 2002, pentru rezultate contrare).

Și cercetările experimentale au venit în sprijinul modelului cognitiv. Mansell și D.M. Clark (1999) au constatat o asociere semnificativă – în cadrul anxietății ridicate, dar nu și în anxietatea scăzută – între percepția senzațiilor fizice și estimarea făcută de indivizii anxioși privind felul în care credeau că sunt percepuți de către ceilalți. Mauss, Wilhelm și Gross (2004) au comparat studenți cu anxietate socială ridicată și scăzută, înaintea, în timpul și după un discurs improvizat de 3 minute, și au constatat că grupul cu anxietate socială ridicată a perceput un nivel mai ridicat de stimulare fiziologică, s-a simțit mai anxios și a manifestat un comportament mai anxios decât grupul cu anxietate scăzută, cu toate că nu au existat diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește activarea fiziologică reală. În plus, anxietatea autoraportată a corelat cu activarea fiziologică percepută, dar nu a corelat cu activarea fiziologică reală a întregului eșantion. Aceste constatări confirmă Ipoteza 5. Fobia socială

se caracterizează prin atenția sporită asupra simptomelor anxioase care, în mod clar, intensifică starea de anxietate.

În abordările cognitive ale TOC, problema esențială este evaluarea greşită a gândurilor intruzive, a imaginilor sau a impulsurilor nedorite referitoare la murdărie, contaminare, îndoială, sex, rănirea celorlalți şi altele (D.A. Clark, 2004; Salkovskis, 1989, 1999; Rachman, 1997, 1998, 2003). Astfel, gândirea obsesională se dezvoltă atunci când un gând intruziv, o imagine sau un impuls nedorit este interpretat greşit ca reprezentând o amenințare potențială semnificativă la adresa propriei persoane sau la adresa celorlalți, iar persoana respectivă simte o responsabilitate personală intensificată de a preveni această amenințare anticipată. Rachman (1998) a sugerat că *„raționamentul emoțional"* ar putea juca un rol important în evaluarea eronată a intruziunilor obsesionale. Orice anxietate asociată unei intruziuni poate fi interpretată greşit, ca o confirmare a gravității şi a pericolului potențial al gândului respectiv. Acesta ar fi un exemplu de „raționament ex-consequentia" (Arntz şi colab., 1995), care contribuie la evaluarea eronată şi la exagerarea intruziunii (de exemplu, „Dacă sunt anxios la gândul că aş fi murdar şi i-aş putea contamina pe ceilalți, atunci înseamnă că sunt în pericol de a-i infecta pe ceilalți.").

Există o asociere puternică între anxietatea subiectivă sau distresul emoțional al unui gând intruziv şi frecvența sa, caracterul său incontrolabil şi obsesiv (de exemplu, Freeston, Ladouceur, Thibodeau şi Gagnon, 1992; Parkinson şi Rachman, 1981a; Purdon şi Clark, 1993, 1994b; Salkovskis şi Harrison, 1984). Mai mult decât atât, indivizii cu TOC îşi evaluează obsesiile şi alte intruziuni nedorite ca fiind mai generatoare de anxietate decât o fac indivizii din grupurile de control care nu sunt obsesivi (Calamari şi Janeck, 1997; Janeck şi Calamari, 1999; Rachman şi de Silva, 1978). Într-un studiu al jurnalelor întocmite de 28 de pacienți cu TOC, obsesia cea mai supărătoare a individului era clasată ca fiind mai frecventă şi mai semnificativă în termenii importanței şi ai controlului gândirii decât obsesiile mai puțin supărătoare (Rowa, Purdon, Summerfeldt şi Antony, 2005). Aceste rezultate confirmă ideea că TOC se caracterizează printr-o sensibilitate sporită față de anumite intruziuni mentale legate de TOC care pot să se datoreze în parte proprietăților obsesiei de a evidenția anxietatea. Cu toate acestea, mai este nevoie de cercetări care să investigheze în mod specific dacă TOC se caracterizează prin interpretarea greşită a trăirilor anxioase asociate intruziunilor obsesionale şi dacă aceasta, la rândul său, contribuie la o stare amplificată de anxietate generală.

Interpretarea negativă a simptomelor anxioase asociate intruziunilor legate de traumă este un proces esențial, subliniat în teoriile cognitive asupra TSPT (Brewin şi Holmes, 2003; Ehlers şi Clark, 2000; Wells, 2000). Multe studii au demonstrat până acum că interpretarea negativă a simptomelor inițiale ale TSPT are un rol cauzal în persistența TSPT (a se vedea trecerea în revistă a lui Brewin şi Holmes, 2003). În plus, evaluarea negativă a gândurilor intruzive sau a imaginilor nedorite relevante pentru traumă este un predictor al severității şi al persistenței TSPT (Halligan, Michael, Clark şi Ehlers, 2003; Steil şi Ehlers, 2000; Mayou, Bryant şi Ehlers, 2001). Aceste constatări sunt, prin urmare, în

perfectă concordanță cu Ipoteza 5, indicând faptul că interpretările negative şi amenințătoare ale simptomelor anxioase legate de traumă contribuie în mod semnificativ la persistența TSPT.

Rezumat

Această scurtă trecere în revistă a cercetărilor empirice asupra biasării accentuate favorizând negativitatea în interpretarea simptomelor anxioase indică faptul că Ipoteza 5 are o puternică susținere empirică. Cercetările extinse asupra tuturor celor cinci tulburări de anxietate au găsit dovezi ale faptului că interpretarea negativă accentuată a anxietății sau „frica de frică" a fost un factor care a contribuit la persistența anxietății (a se vedea, de asemenea, capitolul 4 despre conceptul analog al sensibilității față de anxietate). Tulburarea de panică este caracterizată de interpretările greşite, în termeni de amenințare, ale simptomelor fizice ale anxietății, TAG este caracterizată de metaîngrijorare, fobia socială - de concentrarea predominantă a atenției asupra propriei persoane şi asupra stărilor interne de anxietate, TOC - de proprietățile intruziunilor mentale de a genera anxietatea, iar TSPT este caracterizată de activarea fiziologică determinată de factorii declanşatori interni şi externi legați de traumă. În fiecare caz, tendința de a percepe anxietatea însăşi într-o manieră amenințătoare a contribuit la persistența stării emoționale nedorite.

Instrucțiuni pentru clinician 3.5

Semnificația idiosincratică a simptomelor anxioase (de exemplu, semnificația anxietății accentuate) trebuie evaluată şi tratată folosind restructurarea cognitivă ca parte a intervenției pentru reducerea activării modului primar al amenințării.

Ipoteza 6. Cogniții amplificate ale amenințării specifice tulburării de anxietate

Anxietatea este caracterizată de frecvență, intensitate şi durată ridicate ale gândurilor şi imaginilor negative automate referitoare la amenințarea selectivă şi la pericol, comparativ cu stările neanxioase sau cu alte tipuri de stări afective negative. Mai mult decât atât, fiecare tulburare de anxietate este caracterizată de un conținut tipic al gândurilor, relevant pentru îngrijorările sale specifice legate de amenințare.

Una dintre manifestările conştiente deosebite ale activării modului primar al amenințării este intruziunea frecventă şi repetată la nivelul conştiinței a gândurilor şi a imaginilor automate legate de îngrijorările specifice referitoare la frică ale individului. Există, de altfel, numeroase studii empirice care demonstrează preponderența cognițiilor şi a imaginilor referitoare la vătămare, la amenințare şi la pericol în tulburarea de panică (Argyle, 1988; McNally, Hornig şi Donnell, 1995; Ottaviani şi Beck, 1987); GAD

(Beck, Laude şi Bohnert, 1974; Hibbert, 1984), în fobia socială (Beidel, Turner şi Dancu, 1985; Hackmann şi colab., 1998; Turner, Beidel şi Larkin, 1986) şi în TOC (Calamari şi Janeck, 1997; Janeck şi Calamari, 1999; Rachman şi de Silva, 1978; Rowa şi colab., 2005), precum şi intruziuni amenințătoare posttraumă în TSPT (Dunmore, Clark şi Ehlers, 1999; Mayou şi colab., 2001; Qin şi colab., 2003; Steil şi Ehlers, 2000). Această „versiune moderată" a Ipotezei 6 este, prin urmare, bine documentată în literatura empirică.

Aspectul mai controversat al Ipotezei 6 este „versiunea radicală", care prezice faptul că fiecare tulburare de anxietate prezintă un profil cognitiv specific şi că acest profil distinge anxietatea de alte stări emoționale negative. Tabelul 3.2 prezintă conținutul gândurilor automate care caracterizează fiecare tulburare de anxietate.

Există două aspecte ale problemei „specificității" vizate în această ipoteză. Întâi, în ce măsură se deosebeşte anxietatea de depresie, cea dintâi fiind caracterizată de gândurile referitoare la vătămare şi la pericol, în vreme ce cea de-a doua se evidențiază prin gânduri referitoare la pierdere şi la eşec? În al doilea rând, există oare un profil cognitiv specific, caracteristic fiecăruia dintre subtipurile tulburării de anxietate?

Specificitatea cognitivă: deosebirea anxietății de depresie

Ipoteza specificității conținutului susține că „fiecare tulburare psihologică are un profil cognitiv distinct care este reprezentat în conținutul şi în orientarea cognițiilor negative şi a biasării în procesare asociată tulburării" (Clark şi colab., 1999, p.115). Conținutul sau orientarea gândurilor automate şi a biasării procesării care caracterizează stările de anxietate se concentrează asupra posibilității apariției amenințării/ pericolului fizic sau psihologic şi asupra senzației de vulnerabilitate personală accentuată ori a lipsei de siguranță. În depresie, tema cognitivă predominantă se referă la pierderile personale din trecut sau la deprivarea din trecut. De fapt, lipsa de speranță în general, precum şi lipsa de speranță în privința unor probleme de viață specifice este mult mai intensă în depresia majoră decât în TAG (Beck, Wenzel, Riskind, Brown şi Steer, 2006). Prin urmare, modelul cognitiv susține că anxietatea şi depresia se deosebesc prin conținutul (şi orientarea temporală) gândurilor automate şi al interpretărilor negative generate de individ.

TABELUL 3.2. Tipuri de gânduri şi de imagini automate care caracterizează tulburări de anxietate specifice

Tulburarea de anxietate	**Conţinutul tematic al gândului/imaginii automate**
Tulburarea de panică cu/fără evitare agorafobică	...de catastrofă fizică (de exemplu, leşin, atac de cord, moarte, nebunie)
Tulburarea de anxietate generalizată	...de posibilă pierdere şi de eşec în domenii importante ale vieţii, precum şi teama de pierdere a controlului sau incapacitatea de coping
Fobia socială	...de evaluare negativă din partea celorlalţi, de umilire, de performanţă socială nesatisfăcătoare
Tulburarea obsesiv-compulsivă	...de pierdere a controlului mintal sau comportamental care are ca rezultat vătămarea gravă a individului sau a celorlalţi
Tulburarea de stres posttraumatic	...de trauma din trecut şi de sechelele ei

În studiile noastre, cogniţiile legate de ameninţare orientate către viitor au făcut distincţia între tulburarea de panică şi TAG, pe de-o parte, şi depresia majoră/ distimia (Clark, Beck şi Beck, 1994), pe de cealaltă parte, iar cogniţiile legate de ameninţare au prezentat o relaţie mai specifică, mai apropiată de dimensiunea simptomelor anxietăţii decât de cea a simptomelor depresiei (Clark, Beck şi Stewart, 1990; Clark, Steer, Beck şi Snow, 1996). Constatările acestea au fost confirmate în alte studii, deşi cogniţiile anxioase par să fie mai nespecifice decât cogniţiile depresive (de exemplu, Beck, Brown, Steer, Eidelson şi Riskind, 1987; Ingram, Kendall, Smith, Donnell şi Ronan, 1987; Jolly şi Dykman, 1994; Jolly şi Kramer, 1994; Jolly, Dyck, Kramer şi Wherry, 1994; Schniering şi Rapee, 2004). Într-o metaanaliză a 13 studii, R. Beck şi Perkins (2001) au găsit doar o confirmare parţială a ipotezei specificităţii conţinutului. Măsurătorile cogniţiilor anxioase şi depresive erau corelate în mod semnificativ atât cu măsurătorile dispoziţiei afective/ simptomelor corespunzătoare, cât şi cu acelea necorespunzătoare, iar măsurătorile cogniţiei au prezentat o medie a coeficienţilor de corelaţie de 0,66 una cu cealaltă. Totuşi, comparaţiile cantitative au relevat faptul că măsurătorile cogniţiei depresive au fost mai puternic corelate cu depresia decât cu simptomele anxioase, dar cogniţiile anxioase au fost corelate în mod egal cu depresia şi cu anxietatea. Concluzia autorilor a fost că este posibil ca aceste cogniţii legate de ameninţare să nu aibă acelaşi grad de specificitate ca cel al cogniţiilor depresive (R. Beck şi Perkins, 2001; a se vedea concluzia similară la care au ajuns Clark şi colab., 1999, în urma trecerii lor în revistă), deşi anumite populaţii clinice sau niveluri de severitate ale simptomelor pot să prezinte o specificitate mai mică sau mai mare (Clark şi colab., 1996; Ambrose şi Rholes, 1993).

Aparenta lipsă de specificitate a cogniţiilor anxioase poate să reflecte un grad mai mare de heterogenitate a cogniţiilor anxioase în comparaţie cu cogniţiile depresive. R. Beck şi Perkins (2001) sugerează două motive posibile

care ar explica lipsa de specificitate a cognițiilor anxioase. Este oare posibil ca un subset de gânduri anxioase să fie specific unor anumite tulburări de anxietate, în vreme ce alte tipuri de gânduri anxioase să fie asociate la modul general cu anxietatea și depresia? Sau cognițiile depresive pot manifesta o specificitate crescută, deoarece sunt legate de afectele pozitive de intensitate scăzută, acesta fiind un construct specific stării emoționale a personalității în depresie, iar cogniția anxioasă este mai puțin specifică, deoarece ea constituie fațeta cognitivă a afectelor intens negative, aceasta fiind o dimensiune a stării emoționale a personalității, comună tuturor tulburărilor emoționale.

Există dovezi ale faptului că specificitatea se poate aplica doar unui subset de cogniții anxioase. Jolly și Dykman (1994) au raportat că unele cogniții privind amenințarea sunt mai legate de un factor de negativitate generală, iar alte cogniții, legate de amenințarea fizică ori de starea de sănătate sunt mai specifice anxietății. În alte cercetări, preocuparea anxioasă exagerată (adică îngrijorarea) s-a identificat ca trăsătură comună a tuturor tulburărilor de anxietate, în vreme ce evaluarea negativă din partea celorlalți sau amenințarea socială prezintă o specificitate ridicată la nivel de subtipuri (Becker, Namour, Zayfert și Hegel, 2001; Mizes, Landolf-Fritsche și Grossman-McKee, 1987). În sfârșit, Riskind (1997) a susținut că vulnerabilitatea față de perspectiva pericolului, percepția acțiunii amenințării oferă o precizie mai mare pentru distingerea anxietății de depresie, deoarece aceasta încorporează timpul și frecvența schimbării în conceptualizarea evaluării amenințării. Deși dovezile sunt încă insuficiente, se pare că doar anumite tipuri de cogniții legate de amenințare, cum ar fi îngrijorările pentru simptomele fizice, pentru sănătate, pentru evaluarea socială și pentru pericolul iminent sunt specifice anxietății, iar aprehensiunea anxioasă sau îngrijorarea sunt mai pregnante atât în anxietate, cât și în depresie.

Specificitatea cognitivă în subtipurile tulburării de anxietate

Există puține studii care au investigat dacă un conținut cognitiv specific este asociat subtipurilor tulburării de anxietate. În două studii întreprinse de către R. Beck și colegii săi, s-a constatat că îngrijorarea este comună anxietății și depresiei și că este un predictor puternic al afectivității negative, în vreme ce lipsa de speranță este un predictor al afectelor cu caracter pozitiv de intensitate redusă, iar cognițiile legate de panică sunt în mod clar specifice stărilor de anxietate (R. Beck, Benedict și Winkler, 2003; R. Beck și colab., 2001). Într-o analiză confirmatorie de factori asupra afirmațiilor din rapoartele personale declarând propria anxietate și propria depresie, acelea reflectând depresia/ lipsa de speranță și acelea reflectând anxietate/ nesiguranță în privința viitorului au încărcat mai puternic și mai semnificativ factorul negativității generale (Safren și colab., 2000).

Unul dintre testele cele mai directe ale specificității conținutului cognitiv în cadrul subtipurilor tulburării de anxietate a fost raportat de Woody, Taylor, McLean și Koch (1998). Ei au constatat că pacienții cu tulburare de panică au obținut scoruri mult mai ridicate la un instrument de măsură a cognițiilor legate de amenințare care aparțineau prin excelență tulburării de

panică (adică Inventarul Cognițiilor UBC–Subscala pentru panică, the UBC Cognitions Inventory–Panic subscale), comparativ cu pacienți cu depresie majoră. Totuşi, cele două grupuri nu s-au deosebit în privința Listei Cognițiilor - subscala Anxietății, care, susțin autorii, evaluează concepții mai generale ale cognițiilor anxioase.

Rezumat

De-a lungul anilor, numeroase studii au demonstrat că gândurile şi imaginile automate ale amenințării, pericolului şi suferinței apar cu frecvență şi intensitate mai mare în tulburările de anxietate atunci când este activată frica. Prin urmare, există multe dovezi care confirmă afirmația de bază din Ipoteza 6. Ceea ce nu s-a investigat încă suficient la nivel empiric este măsura în care gândurile privind amenințarea şi pericolul sunt un indicator specific al anxietății şi dacă fiecare tulburare de anxietate are propriul conținut cognitiv unic care o deosebeşte de alte stări emoționale. Se pot formula, însă, câteva concluzii despre specificitatea conținutului cognitiv în anxietate. Este probabil ca numai anumite forme ale gândirii anxioase să dovedească nivelul de specificitate prezis de Ipoteza 6. Specificitatea este evidențiată mai uşor atunci când cercetătorii se concentrează mai mult asupra conținutului gândurilor care caracterizează fiecare dintre subtipurile tulburării (a se vedea Tabelul 3.2) decât asupra formelor mai generale ale gândirii aprehensive. În plus, specificitatea conținutului cognitiv poate să fie mai evidentă la niveluri mai ridicate de severitate a simptomelor sau la grupurile clinice care prezintă o omogenitate mai mare a diagnosticului (de exemplu, grupuri suferind doar de o tulburare de anxietate). Dacă nu se reuşeşte identificarea specificității în tulburările de anxietate, probabil că măsurătorile au fost neadecvate, mai ales în cazul în care se folosesc chestionare de autoevaluare care nu reprezintă suficient formele specifice de cogniție asociate subtipurilor de anxietate. De asemenea, rata ridicată de comorbiditate între anxietate şi depresie a complicat demersul de investigare a nivelului de specificitate în procesele patognomonice. Cercetarea în domeniul specificității cognitive ar avansa dacă investigatorii ar compara grupurile cu anxietate, respectiv depresie „pură" (diagnostic unic), folosind instrumente specializate pentru conținutul negativ al gândurilor. Până atunci, mai rămân multe necunoscute în legătură cu parametrii specificității conținutului cognitiv în anxietate.

Instrucțiuni pentru clinician 3.6

Clinicienii ar trebui să folosească fişe de înregistrare a gândurilor, jurnale şi alte forme de automonitorizare pentru a obține o evaluare „în timp real" a conținutului gândurilor şi al imaginilor automate care interferează cu nivelul conştiinței în timpul activării fricii. Temele specifice ale amenințării şi ale pericolului vor oferi informații valoroase pentru diagnostic şi evaluare, facilitând formularea de caz în tulburarea de anxietate.

Ipoteza 7. Strategii defensive ineficiente

Indivizii cu anxietate severă recurg la strategii defensive imediate mai puțin eficace pentru a diminua anxietatea şi pentru a-şi întări sentimentul de siguranță, comparativ cu indivizii care prezintă niveluri scăzute de anxietate. În plus, indivizii cu anxietate severă estimează că abilitățile lor defensive în situații amenințătoare sunt mai puțin eficace, comparativ cu indivizii nonanxioşi.

Ipoteza 7 se concentrează asupra consecinței finale a activării modului amenințării (a se vedea Figura 2.1). Ideea avansată este că activarea fricii implică o reacție defensivă automată, al cărei scop este reducerea imediată sau evitarea fricii şi reinstituirea siguranței. Acest sistem de reacție rapidă nu este un răspuns de coping intenționat, anevoios, ci mai degrabă un sistem de adaptare de bază fundamentat biologic, care este declanşat atunci când organismul este confruntat cu o situație care poate ajunge să amenințe viața individului (Öhman şi Mineka, 2001). Valoarea adaptativă a fricii se datorează în parte capacității sale de a declanşa o reacție defensivă imediată.

Frica a ajuns să facă față situațiilor de pericol fizic care pot constitui o amenințare la adresa vieții individului şi, astfel, reacțiile primitive de alarmă pot să fie eficace în cazul pericolelor externe. Dar ele sunt mai puțin utile, chiar contraproductive, atunci când este vorba despre amenințări mai abstracte, mai extinse şi orientate spre interior, care caracterizează tulburările de anxietate. Beck şi colab. (1985, 2005) au afirmat că amenințarea poate declanşa două sisteme comportamentale defensive automate. Primul este un sistem activ, energic care implică mobilizarea (de exemplu, luptă, fugă) ca reacție la pericol. Cel de-al doilea este un sistem mai pasiv, anergic, presupunând o reacție de imobilitate stereotipă (de exemplu, leşinul). Craske (2003) a prezentat un model al iminenței amenințării, în care proximitatea şi detectarea crescute ale amenințării se asociază unei stări corespunzătoare de stimulare a sistemului nervos autonom, pregătitoare pentru luptă sau pentru fugă.

Figura 3.4 sumarizează procesele comportamentale, cognitive şi de căutare a siguranței implicate în reacția defensivă automată determinată de activarea modului amenințării.

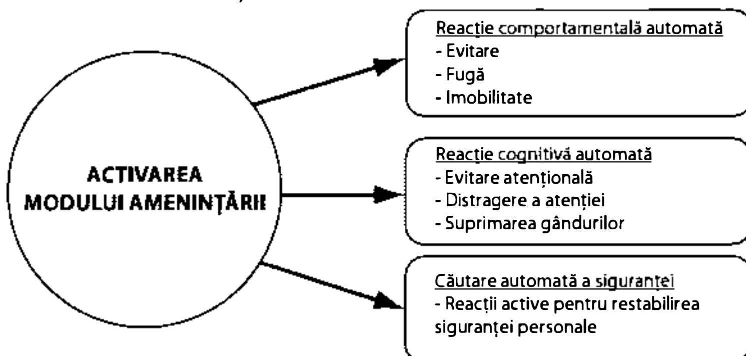


Figura 3.4. Sistemul automat de reacții defensive asociat activării modului amenințării

Fuga şi evitarea comportamentală

Comportamentul de fugă şi de evitare este atât de pregnant în stările de anxietate, încât este inclus în DSM-IV ca una dintre trăsăturile esenţiale de diagnostic ale fobiei sociale, ale TSPT, fobiei specifice şi ale tulburării de panică (APA, 2000). Mai mult decât atât, încercările de a ignora, de a suprima sau de a neutraliza obsesiile în TOC şi controlul ineficace al îngrijorării în TAG pot fi considerate exemple ale reacţiilor de fugă în cazul acestor tulburări. Reacţiile de fugă şi de evitare sunt atât de strâns legate de frica subiectivă, încât apariţia lor este un semn important al exprimării fricii (Barlow, 2002).

Teoriile despre frică, fie ele comportamentale, biologice sau orientate către emoţie sunt aproape unanime în a accepta faptul că o reacţie automată de fugă şi de evitare face parte din procesul de activare a fricii (Barlow, 2002). Diverse reacţii defensive, cum ar fi retragerea (fugă, evaziune, evitare), imobilitatea la nivelul atenţiei (încremenirea) sau la nivelul tonic (lipsa reflexelor), apărarea agresivă şi schimbarea direcţiei atacului (împăcarea sau supunerea) sunt asociate stimulării fricii la toate animalele, inclusiv la oameni, ca modalitate de a se proteja împotriva pericolului (Marks, 1987). Evitarea activă a stimulilor fricii, care a fost demonstrată în numeroase experimente de condiţionare aversivă pe animale şi pe oameni, este recunoscută ca având efecte de întărire, deoarece este asociată cu evitarea pedepsei (Gray, 1987; Seligman şi Johnston, 1973). Prin urmare, deprinderea evitării nu va dispărea uşor, deoarece ea întrerupe expunerea în faţa pedepsei (stimulul aversiv) şi dă naştere sentimentului de control asupra situaţiei, acesta din urmă consolidând diminuarea fricii (pentru trecere în revistă şi comentarii, a se vedea Mineka, 1979, 2004). Nu este surprinzător faptul că reacţia de evaziune şi de evitare a jucat un rol important în teoriile învăţării care abordează dobândirea şi persistenţa fricii (pentru comentarii suplimentare, a se vedea Barlow, 2002; Craske, 2003; Öhman şi Mineka, 2001; LeDoux, 1996; Marks, 1987).

Studiile fenomenologice consacrate tulburărilor de anxietate au constatat existenţa unei forme de evaziune şi de evitare imediată evidente în majoritatea stărilor anxioase. Evaziunea şi evitarea sunt mai predominante în nivelurile ridicate de anxietate ca stare şi ca trăsătură (Genest, Bowen, Dudley şi Keegan, 1990). Majoritatea indivizilor suferind de tulburare de panică (adică 90%) manifestă niveluri cel puţin reduse sau moderate de evitare agorafobică (Brown şi Barlow, 2002; Craske şi Barlow, 1988). În fobia socială, indivizii sunt mai predispuşi să iniţieze comportamente subtile de evitare, cum ar fi evitarea contactului vizual sau îndepărtarea privirii în situaţiile de evaluare socială (Beidel şi colab., 1985; Bögels şi Mansell, 2004; Wells şi colab., 1995), în timp ce lipsa de reactivitate emoţională, evitarea indiciilor legate de traumă sau proiecţiile viitorului apropiat sunt reacţii de evitare active şi pasive în TSPT, care reflectă încercări de reducere a caracterului dureros şi a retrăirii traumei (de exemplu, Feeny şi Foa, 2006; Wilson, 2004). Între 75 şi 91% dintre indivizii cu TOC au atât obsesii, cât şi compulsii, cele din urmă fiind o reacţie activă de evitare sau de evaziune (Akhtar, Wig, Varma, Peershad şi Verma, 1975; Foa şi Kozak, 1995). Pentru marea majoritate a pacienţilor anxioşi, evitarea comportamentală joacă un rol important în trăirea de zi cu zi a acestei stări emoţionale negative.

Evitarea cognitivă: o reacție defensivă automată

Diverse procese cognitive au fost identificate ca parte a reacției automate de evitare a amenințării. Comutarea atenției de la stimulii amenințării, distragerea, reprimarea gândurilor și inițierea îngrijorării, toate sunt procese cognitive protectoare al căror obiectiv este oprirea sau împiedicarea expunerii la amenințare (Craske, 2003). În mod ironic, aceste reacții imediate pot crește accesibilitatea schemelor care reprezintă amenințarea (Wells și Matthews, 2006). În plus, toate aceste procese implică o combinație de procesări automate și de procesări mai conștiente, anevoioase. În această secțiune a cărții vom analiza dovezile evitării cognitive automate, iar aspectele mai elaborate, legate de distragere, de îngrijorare și de suprimare a gândurilor vor fi considerate strategii deliberate de coping prin evitare, cuprinse în Ipoteza 10.

Evitarea automată a amenințării a fost demonstrată mai concludent în fobiile specifice și sociale decât în TAG și în celelalte tulburări de anxietate (a se vedea trecerile în revistă realizate de Bögels și Mansell, 2004; Mogg și Bradley, 2004; de exemplu, experimentul efectuat de Mogg, Bradley, Miles și Dixon, 2004). Rezultatul indică faptul că nu se cunoaște încă dacă evitarea atențională automată a amenințării este o caracteristică generală a tuturor stărilor de anxietate ridicată.

Dacă există cu adevărat o evitare atențională automată întârziată a amenințării la nivelul tuturor tulburărilor de anxietate, atunci procesul acesta ar putea constitui elementul esențial care declanșează reacțiile de evitare cognitivă mai conștiente, strategice, cum ar fi distragerea, suprimarea gândurilor și îngrijorarea (a se vedea, de asemenea, Mathews și Mackintosh, 1998, pentru o perspectivă similară). Borkovec și colegii săi au prezentat dovezi clare ale faptului că îngrijorarea funcționează ca o reacție cognitivă de evitare față de informațiile amenințătoare (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine și Behar, 2004; a se vedea, de asemenea, Mathews, 1990) care este provocată de biasările atenționale automate favorizând amenințarea. Cu toate că îngrijorarea este cu precădere o strategie conștientă și elaborată de coping care are o funcție de evitare, inițierea procesului îngrijorării poate să fie produsul vigilenței automate la amenințare.

Căutarea automată a siguranței

Comportamentul de căutare a siguranței este o categorie importantă a comportamentului de evaziune și de evitare, manifest în persistența agorafobiei (Rachman, 1984), a tulburării de panică (D.M. Clark, 1997; Salkovskis, 1996a), a fobiei sociale (Rapee și Heimberg, 1997; Wells și Clark, 1997) și a TSPT (Ehlers și Clark, 2000). Mai multe studii au demonstrat că folosirea susținută a comportamentelor de căutare a siguranței este legată de persistența anxietății și a evitării (de exemplu, Dunmore și colab., 1999; Dunmore, Clark și Ehlers, 2001; Salkovskis și colab., 1999; Sloan și Telch, 2002; Wells și colab., 1995). White și Barlow (2002) au raportat că 74% dintre pacienții lor cu tulburare de panică cu agorafobie au recurs la unul sau mai multe comportamente de siguranță, cum ar fi păstrarea permanentă asupra lor a unor medicamente, a

unor rezerve de mâncare sau apă, brățări sau alte obiecte. Într-un alt studiu, indivizi cu fobie socială au manifestat frecvent comportamente de siguranță care s-au asociat anxietății crescute şi au determinat deficite reale în domeniul performanței sociale (Stangier, Heidenreich şi Schermelleh-Engel, 2006).

Modelele cognitive ale tulburărilor de anxietate specifice şi cele câteva studii întreprinse asupra căutării siguranței sugerează că această formă de reacție este importantă în patogeneza anxietății. Cu toate acestea, cercetările nu sunt suficient de relevante pentru Ipoteza 7, deoarece ele se concentrează asupra căutării siguranței în termenii unei strategii de coping evitative efectuată deliberat. În prezent, nu se cunoaşte dacă există mai multe aspecte automate imediate ale căutării siguranței care ar îndreptăți asimilarea sa ca element constitutiv al reacției imediate de apărare.

Rezumat

S-a consemnat un număr deosebit de mare de dovezi clinice şi de laborator care susțin caracterul automat al reacției de evaziune şi de evitare în anxietatea severă, iar această reacție constituie o parte a unui pattern defensiv automat al cărui obiectiv este protejarea organismului împotriva amenințării şi împotriva pericolului. Ceea ce se ştie mai puțin este dacă eliminarea reacțiilor de evaziune şi de evitare este necesară pentru reuşita tratamentului stărilor de anxietate. Ceea ce se cunoaşte şi mai puțin este legat de caracteristicile mai automate ale evitării cognitive şi ale comportamentelor de căutare a siguranței. Cercetările publicate până acum au studiat aceste aspecte în termenii strategiilor conştiente deliberate de coping având ca obiectiv reducerea anxietății. De aceea este nevoie de mai multe cercetări care să compare în mod direct reacția defensivă automată a indivizilor cu anxietate ridicată şi a celor suferind de anxietate scăzută, urmărindu-se impactul imediat al acesteia asupra nivelului anxietății şi al eficacității percepute, ca o testare directă a Ipotezei 7. Până la realizarea acestei cercetări, statutul empiric al aspectelor cognitive şi de căutare a siguranței, prezentate în Ipoteza 7, rămâne necunoscut.

Instrucțiuni pentru clinician 3.7

Reacțiile defensive cognitive, comportamentale şi de căutare a siguranței, al căror caracter este relativ automat şi idiosincratic, trebuie identificate şi ele trebuie să constituie obiectul schimbării. Este esențial să avem o perspectivă largă asupra evitării, o perspectivă care să-i recunoască trăsăturile cognitive şi pe acelea legate de căutarea siguranței ca parte componentă a unui sistem automat de reacție rapidă față de amenințare.

REEVALUAREA ELABORATIVĂ SECUNDARĂ: STAREA DE ANXIETATE

Ipoteza 8. Elaborarea preferențială a amenințării

O biasare selectivă favorizând amenințarea este evidentă în procesele cognitive elaborate și explicite, astfel încât, în anxietate, reamintirea, așteptările privind rezultatul și inferențele stimulilor ambigui vor prezenta o preponderență a temelor legate de amenințare, spre deosebire de cazurile indivizilor nonanxioși.

După cum am menționat în Capitolul 2, modelul cognitiv al anxietății postulează intervenția unui stadiu compensator, secundar, de procesare a informațiilor ca răspuns la activarea modului amenințării (adică reacția imediată de frică). În timp ce primele momente de anxietate sunt dominate de procese automate care caracterizează activarea modului primar al amenințării, faza secundară presupune în primul rând procesarea deliberată şi anevoioasă, care reflectă o abordare strategică conştientă pentru reducerea anxietății.

Faza secundară elaborativă joacă un rol principal în persistența anxietății. De fapt, majoritatea intervențiilor cognitiv-comportamentale în anxietate se concentrează asupra schimbării în această fază elaborativă. Modificarea procesării cognitive anevoioase poate conduce la o reducere semnificativă chiar şi a aspectelor automate ale activării fricii. În trecerea sa în revistă, Mansell (2000) a prezentat dovezi experimentale şi clinice ale faptului că interpretările conştiente pot să aibă un impact pozitiv sau negativ important asupra proceselor automate implicate în anxietate. S-a dovedit că intervenția psihologică ce reduce simptomele în mod eficace reduce, de asemenea, biasarea atențională automată favorizând amenințarea (a se vedea MacLeod, Campbell, Rutherford şi Wilson, 2004). Cu toate acestea, noi considerăm că procesarea conştientă anevoioasă a informațiilor care implică elaborarea unor judecăți, generarea aşteptărilor, evaluarea sau estimarea informațiilor, raționarea şi luarea deciziilor şi recuperarea explicită a amintirilor sunt toate aspecte importante ale arhitecturii cognitive biasate în favoarea amenințării în anxietate. După cum reiese din trecerea în revistă de mai jos, există multe dezbateri în literatura de specialitate asupra rolului procesării strategice, elaborative în anxietate.

Interpretările biasării favorizând amenințarea

S-au folosit diverse sarcini experimentale pentru a determina dacă indivizii anxioşi prezintă o tendință mai pronunțată de a face judecăți biasate legate de amenințare decât indivizii nonanxioşi. În unele studii, au fost prezentate cuvinte amenințătoare şi neamenințătoare, dar dovezile privind o preferință clară pentru amenințare au fost amestecate (de exemplu, Gotlib şi colab., 2004; Greenberg şi Alloy, 1989). Rezultate mai clare s-au obținut în urma experimentelor presupunând amorsarea emoțională, în care participanților li se prezintă adjective care descriu trăsături pozitive şi negative, precedate de o propoziție pozitivă sau negativă drept amorsă. În studiile acestea, pacienții

cu TAG şi cu tulburare de panică au manifestat reacţii preferenţiale faţă de stimulii amorsaţi ai ameninţării (de exemplu, D.M. Clark şi colab., 1988; Dalgleish, Cameron, Power şi Bond, 1995).

Judecata biasată este investigată mai precis cu ajutorul paradigmelor experimentale care prezintă stimuli ambigui ameninţători şi neameninţători, predicţia fiind că indivizii anxioşi vor susţine interpretarea mai ameninţătoare. Sarcinile ambigue permit o evaluare mai nuanţată a biasărilor, deoarece ele oferă posibilitatea generării interpretărilor alternative care diferă ca grad de evitare (MacLeod, 1999). O paradigmă experimentală folosită pentru a investiga biasarea interpretării implică prezentarea acustică a omofonelor, care sunt cuvinte care sună identic, dar se ortografiază diferit, având un sens ameninţător şi un sens neameninţător (de exemplu: die / dye - a muri / a vopsi; weak / week - slab / săptămână; flu / flew - gripă / a zburat). Li se cere pacienţilor să noteze cuvântul pe care l-au auzit. Într-un studiu de început, Mathews, Richards şi Eysenck (1989) au constatat că pacienţii cu anxietate au ortografiat mai multe cuvinte ameninţătoare decât pacienţii nonanxioşi. Aceste rezultate s-au repetat şi în alte studii (de exemplu, Mogg, Bradley, Miller, şi colab., 1994, Experimentele 2 şi 3).

S-ar putea argumenta că prezentarea propoziţiilor ambigue şi a altor forme de înţelegere a textului ar oferi o reprezentare mai exactă a îngrijorărilor complexe pe care le găsim în anxietate decât prin folosirea stimulilor alcătuiţi dintr-un singur cuvânt. În studiile acestea, pacienţii cu tulburări de anxietate sunt mai predispuşi să creeze sau să susţină interpretări ameninţătoare decât interpretări neameninţătoare ale propoziţiilor (de exemplu, Amir, Foa şi Coles, 1998b; D.M. Clark şi colab., 1997; Eysenck, Mogg, May, Richards şi Mathews, 1991; Harvey şi colab., 1993; Stopa şi Clark, 2000; Voncken, Bögels şi de Vries, 2003). Pe de altă parte, Constans, Penn, Ilen şi Hope (1999) au observat că indivizii fără anxietate socială au manifestat o biasare în sensul interpretărilor pozitive ale informaţiilor sociale, în vreme ce indivizii anxioşi social au prezentat interpretări mai obiective (a se vedea, de asemenea, Hirsch şi Mathews,1997). Brendle şi Wenzel (2004) au constatat că studenţii cu anxietate socială au manifestat o biasare negativă deosebit de pronunţată, favorizând pasaje pozitive lipsite de ambiguitate, dar relevante pentru propria persoană şi o interpretare pozitivă redusă a aceluiaşi pasaj după 48 de ore. Astfel, este posibil ca atât interpretarea unei ameninţări ridicate, cât şi biasarea cu o pozitivitate redusă să opereze în mod diferit, mai ales în cazul fobiei sociale, dar ambele sunt importante pentru caracterizarea biasării interpretării în anxietate.

O problemă pe care o prezintă omofonele şi pasajele ambigue (sau neambigue) este aceea că formulările ameninţătoare ale individului anxios pot să reflecte o biasare a răspunsului (adică tendinţa de a oferi un anumit răspuns) mai degrabă decât o biasare în interpretare (adică tendinţa de a codifica sau de a interpreta stimuli într-o anumită manieră ameninţătoare; a se vedea Macleod, 1999). Macleod şi Cohen (1993) au folosit o sarcină de înţelegere a textului pentru a demonstra că numai studenţii cu anxietate ca trăsătură severă au prezentat un interval mai scurt pentru înţelegerea propoziţiilor ambigue care erau urmate de o propoziţie ameninţătoare. Acest

efect de amorsare indică faptul că studenții cu anxietate ca trăsătură ridicată, dar nu şi aceia cu anxietate ca trăsătură scăzută, au fost predispuşi să confere un sens amenințător propozițiilor ambigue. Un studiu mai recent folosind perechi de omografe (adică un cuvânt cu două sensuri diferite, de exemplu, *bancă*) sugerează că atunci când sensurile amenințătoare sunt amorsate în fobia socială generalizată, această biasare interpretativă activată poate să persiste mai mult decât la indivizii fără anxietate socială (Amir şi colab., 2005). În plus, studiile recente care au folosit training-ul biasării interpretative sugerează existența unei posibile relații cauzale între interpretările amenințării şi anxietate. Indivizii nonanxioşi, antrenați să creeze interpretări negative sau amenințătoare pentru propoziții ambigue, au manifestat apoi o creştere a stării de anxietate sau a reactivității la anxietate (Mathews şi Mackintosh, 2000; Salemink, van den Hout şi Kindt, 2007a; Wilson, MacLeod, Mathews şi Rutherford, 2006). Cu toate acestea, efectul trainingului poate fi mai pronunțat pentru interpretările pozitive (de exemplu, Mathews, Ridgeway, Cook şi Yiend, 2007; Salemink şi colab., 2007a), unele studii găsind chiar efecte slabe sau nesemnificative ale trainingului interpretativ negativ asupra nivelurilor anxietății (Salemink, van den Hout şi Kindt, 2007b).

Pe scurt, există numeroase dovezi ale faptului că tulburările de anxietate sunt caracterizate prin biasare conştientă strategică a interpretării amenințării, care este evidentă în special atunci când se procesează informații ambigue relevante pentru îngrijorările specifice anxietății de care suferă individul. Faptul că acest efect a fost identificat în cadrul studiilor dedicate pregătirii/ anticipării ne arată că nu poate fi considerat ca o simplă biasare a reacției. S-a demonstrat că biasările interpretative există în tulburarea de panică, sub forma informațiilor la nivelul senzațiilor fizice, şi în fobia socială, sub forma scenariilor sociale (a se vedea Hirsch şi Clark, 2004).

Sumarizând, există numeroase dovezi ale faptului că tulburările de anxietate sunt caracterizate de o biasare a interpretării conştiente, strategice, favorizând amenințarea, care este evidentă mai cu seamă atunci când se procesează informații ambigue relevante pentru îngrijorări specifice, legate de anxietate, ale individului. Întrucât acest efect a fost constatat în studiile de amorsare, înseamnă că el nu poate fi considerat doar o biasare a răspunsului. Biasările interpretative au fost demonstrate în tulburarea de panică, pentru informațiile legate de senzațiile fizice, şi în fobia socială, pentru scenariile sociale ambigue (a se vedea Hirsch şi Clark, 2004). În plus, studiile folosind trainingul biasării interpretative aduc dovezi ale faptului că aceasta poate să aibă un rol cauzal în anxietate (a se vedea, de asemenea, Capitolul 4). Deşi mai avem de înțeles numeroase aspecte al specificității biasării interpretative, considerăm că aceste rezultate sunt suficient de avansate pentru a ne permite să constatăm că ea contribuie în mod activ la anxietate şi, prin urmare, cercetările trebuie să-i acorde toată atenția.

Expectanțe legate de amenințare

Dacă anxietatea este caracterizată de o biasare favorizând amenințarea în procesarea elaborativă, atunci indivizii anxioşi ar trebui să fie predispuşi să aibă aşteptări mai pronunțate pentru amenințarea sau pentru pericolul care sunt relevante pentru preocupările lor anxioase. MacLeod şi Bryne (1996) au raportat că studenții anxioşi au anticipat mult mai multe experiențe personale negative decât grupul de control format din indivizi nonanxioşi. În cadrul unui follow-up efectuat asupra unor muncitori din New York, la 6 luni după atacurile teroriste din 11 septembrie, indivizii care au raportat mai multe simptome ale TSPT au estimat şi o probabilitate mai mare privind amenințarea unor atacuri teroriste viitoare (Piotrkowiski şi Brannen, 2002).

Cercetările efectuate asupra biasării covariației indică faptul că aşteptările mai mari legate de experiențe negative pot să biaseze percepțiile contingențelor legate de mediu (Macleod, 1999). În această paradigmă experimentală, indivizii privesc diapozitive relevante pentru frică sau diapozitive neutre asociate aleatoriu cu un şoc uşor (răspuns aversiv), un sunet (răspuns neutru) sau fără niciun element asociat. Participanții sunt rugați să fie deosebit de atenți la asociațiile stimul-răspuns şi să determine dacă a existat sau nu o relație specifică între tipul de stimul şi răspuns. Tomarken, Mineka şi Cook (1989) au constatat că femeile temătoare au supraestimat în mod constant procentul situațiilor în care diapozitivele relevante pentru frică au fost asociate şocului electric, ceea ce reflectă o biasare a procesării favorizând amenințarea. Această supraestimare a amenințării, aşa cum o indică judecățile exagerate ale stimulilor fricii şi asocierile cu şocurile a apărut şi în cazul indivizilor arahnofobici (de Jong şi colab., 1995), deşi frica anterioară probabil că are un efect mai puternic asupra aşteptărilor covarianței ulterioare, comparativ cu estimările post hoc ale covarianței anterioare (de Jong şi Merckelbach, 2000). Biasarea covarianței în favoarea amenințării a fost demonstrată, de asemenea, la indivizi predispuşi la tulburare de panică, cărora li s-au prezentat diapozitive cu situații de urgență (Pauli, Montoya şi Martz, 1996) şi, mai recent, la indivizi cu fobie socială generalizată, când s-a estimat contingența dintre rezultatele negative şi evenimentele sociale ambigue (Hermann, Ofer şi Flor, 2004; a se vedea Garner, Mogg şi Bradley, 2006, pentru rezultate contrare). Deşi încă nu este clar dacă biasarea covarianței este la fel de pronunțată în tulburările de anxietate ca în stările sale fobice specifice, este evident că aşteptările negative pot să biaseze judecățile contingențelor care caracterizează situațiile relevante pentru anxietate.

Biasarea memoriei explicite

Cercetările privind procesarea informațiilor au investigat, de asemenea, dacă anxietatea este caracterizată de o reamintire biasată a informațiilor corespunzătoare amenințării. Dacă sunt activate schemele cognitive relevante pentru amenințare, ar fi de aşteptat să apară o accesare mai mare a amintirilor corespunzătoare acestor scheme. Cu toate acestea, dovezile că indivizii anxioşi ar manifesta o favorizare mnemonică pentru informațiile

relevante pentru amenințare nu sunt încă suficient de convingătoare (Mathews și MacLeod, 1994; MacLeod, 1999). Williams și colab. (1997) au ajuns la concluzia că memoria implicită biasată favorizând amenințarea este întâlnită mai frecvent în anxietate, în vreme ce biasarea negativă a memoriei explicite se întâlnește mai degrabă în depresie. În plus, Macleod (1999) a constatat că vulnerabilitatea la anxietate se caracterizează prin biasarea favorizând amenințarea a memoriei implicite, și nu a celei explicite.

Prezența unei biasări favorizând amenințarea a memoriei explicite indică prezența biasării în faza elaborativă strategică a procesării informațiilor. Spre deosebire de observațiile anterioare, Coles și Heimberg (2002) au constatat în trecerea lor în revistă că biasarea memoriei explicite favorizând informațiile relevante pentru amenințare este evidentă în tulburarea de panică și, în mai mică măsură, în TSPT și în TOC. Însă biasarea memoriei explicite este mai puțin pregnantă în TAG.

Sarcina de codare autoreferențială (SCAR) a fost folosită deseori pentru evaluarea biasării memoriei explicite în anxietate și în depresie. Indivizii primesc o listă cu cuvinte pozitive, negative (sau amenințătoare) și cu cuvinte neutre ca relevanță pentru propria persoană și sunt rugați să aleagă cuvintele care îi descriu. După această sarcină de confirmare, indivizii primesc un exercițiu pentru memoria involuntară, în care trebuie să noteze cât mai multe cuvinte pe care și le amintesc. Pornind de la această paradigmă experimentală sau de la diversele modificări observate, s-a identificat o biasare favorizând fie amintirea negativă, fie amenințarea în fobia socială (Gotlib și colab., 2004); în tulburarea de panică (Becker, Rinck și Margraf, 1994; Cloitre și colab., 1994; Lim și Kim, 2005; Nunn, Stevenson și Whalan, 1984); TSPT (Vrana, Roodman și Beckham, 1995); și în TAG sau în anxietatea ca trăsătură ridicată (Mogg și Mathews, 1990). Alte studii nu au reușit, însă, să găsească o biasare stimulată negativ sau liberă a amintirii (sau a recunoașterii) în TAG sau în anxietatea ca trăsătură ridicată (Bradley, Mogg și Williams, 1995; MacLeod și McLaughlin, 1995; Mathews, Mogg și colab., 1989; Mogg și colab., 1987, 1989; Richards și French, 1991); în fobia socială (Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt și Liebowitz, 1995; Lundh și Öst, 1997; Rapee și colab., 1994, Experimentele 1 și 2; Rinck și Becker, 2005); în TOC (Foa, Amir, Gershuny și colab., 1997); și nici măcar în tulburarea de panică (Baños și colab., 2001).

Coles și Heimberg (2002) au observat că biasarea memoriei explicite favorizând amenințarea este mai pronunțată atunci când procesarea conceptuală sau „profundă" a informațiilor este necesară în stadiul de codare, când indivizii nu trebuie să producă stimulii de care se tem în stadiul de recuperare a informației, atunci când este testată reamintirea, mai degrabă decât recunoașterea și când sunt folosite experiențele valide externe legate în mod direct de preocupările individului privind frica. În scopul acesta, unii cercetători au investigat memoria experiențelor amenințătoare prin expunerea indivizilor la situații de viață reale sau imaginare. Majoritatea acestor studii au folosit indivizi anxioși social care au fost expuși unor evenimente sociale ipotetice sau reale și apoi au fost evaluați pentru a se determina codarea și recuperarea diverselor elemente ale experienței respective. În majoritatea cazurilor, grupul indivizilor cu anxietate socială severă nu a manifestat o

biasare explicită a amintirii favorizând amenințarea (de exemplu, Brendle și Wenzel, 2004; Rapee și colab., 1994, Experimentul 3; Stopa și Clark, 1993; Wenzel, Finstrom, Jordan și Brendle, 2005; Wenzel și Holt, 2002). Radomsky și Rachman (1999) au găsit dovezi ale amintirii pronunțate a contactului anterior cu obiectele percepute ca fiind contaminante (a se vedea, de asemenea, Radomsky, Rachman și Hammond, 2001), dar efectul acesta nu a mai fost depistat într-un studiu ulterior efectuat pe pacienți diagnosticați cu TOC manifestând spălarea compulsivă (Ceschi, van der Linden, Dunker, Perroud și Brédart, 2003).

Există un număr suficient de studii care au găsit dovezi pentru o biasare a memoriei explicite favorizând amenințarea, mai ales atunci când este evaluată amintirea, și nu recunoașterea, pentru a ne permite să conchidem că domeniul acesta de cercetare oferă un nivel modest de suport empiric pentru Ipoteza 8. Se pare că procesarea elaborată conștientă implicată în codarea și în recuperarea informațiilor ar putea să fie biasată în favoarea amenințării în anxietate. Cu toate acestea, o biasare a memoriei explicite favorizând amenințarea a apărut cel mai pregnant în tulburarea de panică și s-a evidențiat cel mai puțin în TAG și în fobia socială. De fapt, majoritatea studiilor nu au reușit să găsească dovezi pentru biasarea memoriei explicite favorizând amenințarea în fobia socială, nici atunci când au folosit manipulări ale procesării informațiilor localizate foarte aproape de experiențele sociale din viața reală. Există prea puține studii ale TOC și TSPT care să ne permită formularea unor concluzii, deși, în trecerea lor în revistă, Muller și Roberts (2005) au ajuns recent la concluzia că TOC este caracterizată de o biasare pozitivă a memoriei pentru stimulii amenințării. În ansamblu, cercetările în domeniul biasării memoriei oferă un suport empiric modest pentru Ipoteza 8.

Memoria autobiografică

Dacă anxietatea este caracterizată de procesarea elaborată biasată în favoarea amenințării, atunci indivizii anxioși ar trebui să manifeste o tendință accentuată de a-și aminti experiențele personale trecute, legate de amenințare sau de pericol. Recuperarea selectivă a amintirilor autobiografice a fost demonstrată cel mai clar în depresie, unde, în mai multe studii, s-a identificat un efect de congruență cu starea afectivă negativă (pentru o trecere în revistă, a se vedea D.A. Clark și colab., 1999; Williams și colab.,1997). În studiul autobiografic tipic, indivizii sunt rugați să raporteze prima amintire care le vine în minte ca răspuns la cuvinte neutre sau cu o anumită valență. Sarcina memoriei autobiografice are o validitate ecologică bună, deoarece evaluează amintirile și experiențele personale ale indivizilor, deși reamintirea biasată ar putea fi provocată de mai multe experiențe amenințătoare trecute din viața indivizilor anxioși (MacLeod, 1999). De aceea, deosebirile în cazul recuperării amintirilor ar putea să nu reflecte deosebiri la nivelul memoriei, ci mai degrabă deosebiri între experiențele de viață.

Memoria autobiografică în anxietate a fost investigată doar în câteva studii. Rapee și colab. (1994, Experimentul 4) nu au reușit să găsească deosebiri între grupurile de indivizi cu, respectiv fără anxietate socială,

în ceea ce priveşte numărul amintirilor pozitive sau negative provocate de cuvinte reprezentând stimuli sociali sau neutri, deşi Burke şi Mathews (1992) au obținut rezultate pozitive în încercarea de a demonstra biasarea memoriei autobiografice în TAG. Mayo (1989) a constatat că anxietatea ca trăsătură ridicată este asociată cu mai puține amintiri personale fericite şi mai multe amintiri nefericite. Wenzel, Jackson şi Holt (2002) au observat că indivizi cu fobie socială şi-au amintit mai multe trăiri personale care implicau stări afective negative ca reacție la stimuli ai amenințării sociale, dar că efectul acesta a fost slab, reprezentând doar 10% din amintirile provocate de indicii ale amenințării sociale. Cu toate că s-au publicat puține studii dedicate memoriei autobiografice în anxietate, se poate observa că această biasare a memoriei este specifică unor anumite tulburări de anxietate, cum ar fi TAG, dar nu este specifică altora, ca de exemplu, fobia socială.

Rezumat

În ansamblu, există un suport empiric considerabil pentru Ipoteza 8, că anxietatea este caracterizată de facilitarea amenințării la nivelul elaborat, strategic al procesării informațiilor. Dovezile cele mai concludente au fost aduse de cercetarea biasării interpretative. Rezultatul obținut cel mai frecvent este acela referitor la judecățile biasate legate de amenințare în anxietatea ridicată. Aceasta este pusă cel mai mult în evidență atunci când sunt prezentate informații ambigue care sunt specifice preocupărilor legate de frică a individului (de exemplu, senzațiile fizice în tulburarea de panică şi evaluarea socială negativă în fobia socială). Există unele indicii ale faptului că biasarea interpretării în anxietate este persistentă, se focalizează în primul rând asupra gravității amenințării şi are un impact cauzal asupra anxietății. Rămâne să aflăm dacă biasarea interpretării implică în primul rând exagerarea amenințării sau dacă stările nonanxioase se caracterizează prin diminuarea unei biasări a pozitivității.

Există unele dovezi ale faptului că o procesare conştientă strategică este evidentă sub forma aşteptărilor negative accentuate. Indivizii anxioşi sunt mai predispuşi să se aştepte să trăiască evenimente negative sau amenințătoare în viitor, deşi este nevoie de multe alte cercetări pentru a susține această observație. Experimentele privind biasarea covarianței indică faptul că aşteptările legate de frică în stările fobice pot avea ca rezultat percepții biasate ale contingențelor de mediu (MacLeod, 1999). Sunt necesare cercetări mai aprofundate pentru a stabili dacă biasările covarianței operează şi în tulburările de anxietate. Totuşi, în stadiul actual al cercetărilor, există cel puțin un oarecare suport experimental în sprijinul perspectivei conform căreia anxietatea implică o expectanță biasată pentru evenimente personale viitoare negative sau amenințătoare.

În sfârşit, numeroasele studii care au cercetat biasarea memoriei explicite în anxietate au stabilit că recuperarea biasată a informațiilor relevante pentru amenințare este evidentă în tulburarea de panică, dar nu apare în fobia socială sau în TAG. Există prea puține studii ale memoriei efectuate pe indivizi cu TOC sau TSPT, care să ne permită să formulăm concluzii ferme. În plus,

indivizii anxioşi pot manifesta tendinţa de a reproduce amintiri ameninţătoare pentru propria persoană, iar acest lucru ar putea să contribuie la alte procese elaborate, cum ar fi ruminaţia anxioasă şi procesarea de după post-eveniment (a se vedea Hirsch şi Clark, 2004). Dovezile existenţei memoriei autobiografice selective pentru ameninţare sunt, însă, neconcludente în momentul de faţă.

Instrucţiuni pentru clinician 3.8

Numeroase dovezi empirice vin în sprijinul intervenţiilor terapeutice care încearcă să schimbe procesarea strategică conştientă a informaţiilor care se află la baza unei evaluări exagerate a ameninţării. Modificaţi evaluările intenţionale ale ameninţării, aşteptările şi recuperarea amintirilor, pentru a stabili o reevaluare mai echilibrată a ameninţării imediate care poate avea un impact pozitiv asupra proceselor automate de activare a fricii.

Ipoteza 9. Elaborarea inhibată privind siguranţa

Procesele cognitive controlate şi explicite în anxietate se caracterizează printr-o biasare inhibitorie faţă de informaţiile referitoare la siguranţă relevante pentru ameninţări selective, cum ar fi recuperarea amintirilor, aşteptările privind rezultatul, iar judecăţile privind stimulii ambigui evidenţiază mai puţine teme ale siguranţei decât la indivizii nonanxioşi.

Dacă indivizii anxioşi manifestă o biasare în procesarea conştientă şi care reclamă efort a informaţiilor relevante pentru ameninţare, nu este, oare, posibil ca aceleaşi procese strategice să fie biasate şi împotriva indiciilor referitoare la siguranţă? Din păcate, extrem de puţine cercetări experimentale au abordat această posibilitate. Cu toate că mai multe studii asupra funcţionării atenţiei au demonstrat că indivizii anxioşi manifestă evitarea atenţională a stimulilor ameninţării la intervale mai lungi de prezentare (a se vedea discuţia de la Ipotezele 1 şi 2), practic nu există cercetări care să clarifice dacă persoanele anxioase prezintă o inhibiţie deliberată crescută a procesării informaţiilor referitoare la siguranţă. Alţi cercetători, cum ar fi D.M. Clark (1999), au accentuat rolul important al comportamentelor de siguranţă în persistenţa anxietăţii, dar nu au reuşit să clarifice dacă indivizii suferind de anxietate severă ar putea inhiba în mod activ procesarea materialului despre siguranţă.

Într-o serie de experimente coordonate de Hirsch şi Mathews (1997), aceştia au investigat inferenţele emoţionale pe care le-au făcut indivizii cu anxietate ridicată şi aceia cu anxietate scăzută, atunci când au fost amorsaţi cu propoziţii ambigue, după ce citiseră şi îşi imaginaseră că vor fi intervievaţi. Deosebirea esenţială dintre cele două grupuri s-a manifestat în grupul indivizilor nonanxioşi, care au prezentat o întârziere mai mică în generarea inferenţelor pozitive, după amorsarea pozitivă. Grupul indivizilor cu anxietate ridicată nu a manifestat această biasare favorizând pozitivitatea în inferenţele lor directe. Concluzia autorilor a fost că judecăţile biasate

în anxietate se caracterizează mai bine în termenii absenței unei biasări pozitive protectoare, care îi caracterizează pe indivizii sănătoşi (a se vedea, de asemenea, Hirsch şi Mathews, 2000). Dacă extindem această procesare inferențială deficitară a informațiilor pozitive şi includem informațiile privind siguranța, atunci rezultatele acestea ar putea sugera că indivizii fără anxietate au o predispoziție pentru elaborarea informațiilor relevante pentru siguranță, în vreme ce indivizii cu anxietate socială nu prezintă o astfel de biasare strategică, deliberată, în procesare.

Se pot folosi instrumente autoadministrate pentru a evalua dacă indivizii anxioşi sunt mai puțin predispuşi să proceseze în mod deliberat informațiile despre siguranță sau informațiile corective. Cercetătorii de la Centrul pentru Terapie Cognitivă din Philadelphia au conceput un chestionar cu 16 itemi, numit Chestionarul pentru Fixarea Atenției (*Attentional Fixation Questionnaire - AFQ*), pentru a evalua dacă indivizii cu tulburare de panică îşi fixează atenția asupra simptomelor fizice neplăcute şi ignoră informațiile corective în timpul atacurilor de panică (Beck, 1988; Wenzel, Sharp, Sokol şi Beck, 2005). Câțiva itemi ai *AFQ* se referă la aspecte privind siguranța, cum ar fi: „Sunt capabil să mă concentrez asupra faptelor", „Pot să-mi redirecționez atenția", „Pot să mă gândesc la diverse soluții" sau „Îmi amintesc sfaturile altora şi le aplic". 55 de pacienți cu tulburare de panică au completat chestionarul în patru momente diferite: înainte de tratament, după 4 săptămâni, după 8 săptămâni şi la încheierea tratamentului. Pacienții care au avut în continuare atacuri de panică au obținut scoruri mai mari la *AFQ* decât indivizii cu tulburare de panică care nu au mai avut atacuri de panică, iar rezultatele mai bune ale tratamentului s-au asociat cu diferențele importante dintre scorurile la *AFQ* înainte şi după tratament. Deşi aceste rezultate sunt insuficient susținute, ele sunt în concordanță cu observația lui Beck (1988) că, în timpul unui atac de panică, indivizii au o capacitate redusă de a procesa în mod conştient siguranța sau informațiile corective.

Rezumat

În momentul de față, nu se ştie dacă biasarea în interpretarea amenințării afectează şi procesarea indiciilor siguranței. S-ar putea ca informațiile privind siguranța să nu fie atât de profund codate, dacă sistemul de procesare a informațiilor este orientat către amenințare. Totuşi, până acum, există doar dovezi circumstanțiale referitoare la procesarea elaborată inhibată sau diminuată a informațiilor despre siguranță în anxietate, deoarece lipsesc cercetările critice orientate asupra acestui aspect.

Instrucțiuni pentru clinician 3.9

Tratamentul anxietății poate fi optimizat cu ajutorul training-ului care îmbunătățeşte procesarea deliberată şi care necesită efort a informațiilor corective şi legate de siguranță în perioadele de anxietate anticipatorie şi acută.

Ipoteza 10. Strategii cognitive compensatorii deficitare

În stările de anxietate ridicată, îngrijorarea are un efect advers și mai puternic, amplificând amenințarea, în timp ce, în stările de anxietate scăzută, îngrijorarea tinde să se asocieze efectelor pozitive, cum ar fi inițierea rezolvării eficiente de probleme. În plus, alte strategii cognitive care au ca obiectiv reducerea gândurilor amenințătoare, cum sunt suprimarea gândurilor, distragerea atenției și înlocuirea gândurilor, sunt mai predispuse să producă efecte paradoxale (adică revenirea gândurilor, afectivitate negativă accentuată, control perceput scăzut) în stările de anxietate ridicată decât în stările de anxietate scăzută.

Îngrijorarea: o strategie dezadaptativă de coping

Ca produs al activării modului amenințării, îngrijorarea are un impact nociv asupra persistenței anxietății prin accentuarea probabilității și a severității percepute a amenințării, precum și a sentimentului vulnerabilității personale sau al capacității de a face față amenințării. Prin urmare, îngrijorarea are o funcție duală, atât în direcția „obișnuită", ca o consecință a procesării automate a amenințării, cât și ca un factor de influență de tip „feedback", contribuind la persistența anxietății. Aceasta ne conduce către trei predicții specifice în legătură cu îngrijorarea în tulburările de anxietate:

- Indivizii cu anxietate ridicată vor manifesta o îngrijorare mult mai accentuată, mai exagerată și mai necontrolată decât indivizii cu anxietate scăzută.
- În anxietatea severă, îngrijorarea va avea consecințe mai negative, determinând reevaluarea mult amplificată a amenințării și într-o anxietate subiectivă mai puternică.
- Procesul de îngrijorare în anxietatea scăzută se caracterizează prin rezolvarea mai adaptativă și mai eficace a problemelor, în vreme ce, în anxietatea severă, îngrijorarea este contraproductivă.

INGRIJORAREA EXCESIVĂ, INCONTROLABILĂ

Numeroase dovezi indică faptul că îngrijorarea este o trăsătură pregnantă a tuturor tulburărilor de anxietate și, atunci când apare în aceste stări clinice, ea este mult mai puternică, mai exagerată și mai incontrolabilă decât îngrijorarea raportată de către indivizii nonclinici. În urma unei treceri recente în revistă a specificității cognitive a tulburărilor de anxietate, s-a constatat că îngrijorarea patologică nu este evidentă doar în TAG, ci și în alte tulburări de anxietate, cum ar fi tulburarea de panică și TOC (Starcevic și Berle, 2006). Îngrijorarea este o caracteristică importantă a constructelor de simptome considerate comune tuturor tulburărilor de anxietate, cum ar fi aprehensiunea anxioasă (Barlow, 2002), afectivitatea negativă (Barlow, 2000; Watson și Clark, 1984) și anxietatea ca trăsătură (Spielberger, 1985). Deși majoritatea studiilor au observat că îngrijorarea este mult mai frecventă, mai gravă și mai incontrolabilă în TAG (Chelminski și Zimmerman, 2003; Dupuy

şi colab., 2001; Hoyer, Becker şi Roth, 2001), niveluri ridicate ale îngrijorării sunt prezente şi în tulburarea de panică, în TOC, în fobia socială, în TSPT şi chiar în depresie, precum şi în stările subsindromale ale anxietății ridicate (Chelminski şi Zimmerman, 2003; Gladstone şi colab., 2005; Wetherell, Roux şi Gatz, 2003). Evident, conținutul specific al îngrijorării variază; fobia socială este asociată cu preocupări privind evaluarea socială, panica se asociază cu apariția atacurilor de panică sau cu anumite consecințe fizice îngrozitoare, TSPT este asociată traumei din trecut sau impactului negativ al tulburării, iar TOC se asociază cu diverse temeri obsesionale. În plus, îngrijorarea în TAG se distinge prin faptul că are ca obiect preocupări legate de probleme zilnice minore, evenimente din viitorul îndepărtat sau boală/ sănătate/ rănire (Craske, Rapee, Jackel, şi Barlow, 1989; Dugas, Freeston şi colab., 1998; Hoyer şi colab., 2001). În general, însă, cercetările indică în mod clar faptul că îngrijorarea exagerată şi dezadaptativă este asociată în mod obişnuit stărilor de anxietate ridicată.

EFECTELE NEGATIVE ALE ÎNGRIJORĂRII PATOLOGICE

Indivizii anxioşi se îngrijorează pentru a evita neplăcerea produsă de anxietatea somatică sau alte emoții negative, aceasta constituind şi o strategie pentru rezolvarea de probleme, prin care caută să evite sau măcar să se pregătească pentru evenimente negative viitoare (Borkovec şi colab., 2004; Wells, 2004). În acest model cognitiv al TAG, Wells (1999, 2004) a accentuat faptul că convingerile pozitive referitoare le beneficiile percepute ale îngrijorării sunt un factor important, care influențează persistența îngrijorării şi a stării de anxietate. Totuşi, îngrijorarea este o strategie problematică de coping, care în ultimă instanță contribuie la escaladarea anxietății, intensificând amenințarea percepută. Pentru indivizii anxioşi clinic, îngrijorarea excesivă va contribui la reevaluarea amenințării, care va fi percepută ca fiind şi mai periculoasă şi iminentă, iar resursele de coping vor fi percepute ca fiind mai neadecvate pentru evenimentul anticipat. Prin urmare, îngrijorarea provoacă o intensificare a anxietății prin efectul său negativ asupra reacției emoționale, asupra cogniției şi asupra rezolvării ineficiente de probleme.

Wells (1999) susține că procesul îngrijorării este problematic, deoarece (1) implică generarea a numeroase scenarii negative care provoacă un sentiment mai accentuat de amenințare şi de vulnerabilitate personală, (2) amplifică sensibilitatea față de informațiile legate de amenințare, (3) măreşte frecvența gândurilor intruzive nedorite şi (4) conduce la atribuirea greşită a cauzei pentru care nu s-a produs o catastrofă, consolidând în felul acesta convingerile pozitive despre îngrijorare (de exemplu, „Nu voi obține un rezultat bun la examen, dacă nu mă îngrijorez").

Există numeroase dovezi ale faptului că îngrijorarea determină creşterea anxietății subiective. Atât studiile transversale, cât şi cele longitudinale indică faptul că o îngrijorare crescută este asociată cu niveluri ridicate ale anxietății şi ale depresiei (Constans, 2001; Segerstrom, Tsao, Alden şi Craske, 2000). Asocierea strânsă între gândurile anxioase repetate sau îngrijorare şi emoția negativă subiectivă a fost detectată în studiile dedicate

jurnalelor zilnice (Papageorgiou şi Wells, 1999), precum şi în cercetările de laborator în care indivizilor nonclinici li se reprezintă o situaţie îngrijorătoare anunţată (de exemplu, Andrews şi Borkovec, 1988; Borkovec şi Hu, 1990; York, Borkovec, Vasey şi Stern, 1987).

Altă consecinţă negativă a îngrijorării este creşterea frecvenţei gândurilor intruzive negative nedorite. În mai multe studii, indivizi predispuşi la îngrijorare, care s-au angajat într-o stare de inducere a îngrijorării, au raportat apoi o creştere a gândurilor intruzive nedorite anxioase şi depresive (Borkovec, Robinson şi colab., 1983; York şi colab., 1987). Pruzinsky şi Borkovec (1990) au constatat că persoanele care declară că se îngrijorează mereu au mult mai multe intruziuni ale gândurilor negative decât persoanele care nu obişnuiesc să se îngrijoreze, chiar fără manipularea unei inducţii a îngrijorării, iar Ruscio şi Borkovec (2004) au raportat că persoanele suferind de TAG care obişnuiesc să se îngrijoreze îşi controlează mult mai greu intruziunile gândurilor negative după inducerea îngrijorării decât o fac indivizii care obişnuiesc să se îngrijoreze, dar nu suferă de TAG, deşi intruziunile negative cauzate de îngrijorare au fost de scurtă durată. O relaţie cauzală între îngrijorare şi gândurile intruzive nedorite a fost demonstrată şi după expunerea la un stimul stresant, când instrucţiunile de a se îngrijora după vizionarea unui film au avut ca rezultat un număr mai mare de intruziuni nedorite ale filmului respectiv (a se vedea Butler, Wells şi Dewick, 1995; Wells şi Papageorgiou, 1995).

ÎNGRIJORAREA PATOLOGICĂ, EVITAREA ŞI REZOLVAREA DE PROBLEME

Persistenţa îngrijorării este un paradox. Pe de altă parte, este o stare aversivă asociată cu anxietate ridicată şi cu distres şi, cu toate acestea, ea ne cuprinde în perioade de anxietate. O explicaţie este aceea că îngrijorarea persistă, deoarece evenimentul de care ne temem nu se petrece (Borkovec, 1994; Borkovec şi colab., 2004). În plus, ea este menţinută de convingerea că ajută în pregătirea pentru rezultate negative viitoare anticipate (Borkovec şi Roemer, 1995). Wells (1994b, 1997) a susţinut în mod convingător ideea conform căreia convingerile pozitive despre eficacitatea îngrijorării în reducerea ameninţării contribuie la persistenţa sa. Cu toate acestea, eficacitatea îngrijorării este subminată imediat de faptul că majoritatea lucrurilor pentru care se îngrijorează oamenii nu se întâmplă niciodată (Borkovec şi colab., 2004). În condiţiile acestea, se conturează un puternic program de întărire negativă, în care convingerile pozitive privind eficienţa îngrijorării în evitarea sau prevenirea evenimentelor negative sunt întărite de faptul că aceste evenimente negative nu se produc. Prin urmare, nu ne îngrijorăm ca să obţinem un anumit avantaj, ci pentru a preveni sau a evita o adversitate anticipată.

Cu toate că îngrijorarea poate fi o activitate cognitivă superfluă, efectul său negativ este susţinut de dovezile că însăşi apariţia sa împiedică rezolvarea eficace a problemei. Măsurătorile îngrijorării corelează negativ cu anumite aspecte ale măsurătorilor rezolvării de probleme sociale, atât

în eşantioanele clinice, cât şi în cele nonclinice (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston şi Ladouceur, 1995; Dugas, Merchand şi Ladouceur, 2005). Îngrijorarea cronică nu este legată de abilitatea de a rezolva probleme sociale, dar este asociată mai direct cu o încredere scăzută în rezolvarea de probleme, cu un control perceput redus şi cu o motivație scăzută de a se angaja în rezolvarea de probleme (Davey, 1994; Davey, Hampton, Farrell şi Davidson, 1992; Dugas şi colab., 1995). În concluzie, aceste cercetări sugerează că, deşi îngrijorarea patologică ar putea să nu fie caracterizată de deficite în rezolvarea de probleme sociale, ea interferează, probabil, cu abilitatea persoanei de a implementa soluții eficiente (Davey, 1994). În contrast, fenomenele îngrijorării în populațiile nonclinice pot fi asociate cu implementarea mai eficientă a răspunsurilor pentru rezolvarea de probleme (Davey şi colab., 1992; Langlois, Freeston şi Ladouceur, 2000b).

ÎNGRIJORAREA EXAGERATĂ ŞI BIASAREA ÎN INTERPRETAREA AMENINȚĂRII

O ultimă consecință negativă a îngrijorării este aceea că îl determină pe individ să reevalueze un stimul al fricii într-o manieră şi mai amenințătoare. Într-un studiu efectuat pe copii din şcoala primară, cu două grupuri care s-au autoevaluat ca fiind unii predispuşi şi ceilalți nepredispuşi la îngrijorare, Suarez şi Bell-Dolan (2001) au constatat că primii au generat mai multe interpretări amenințătoare pentru situații ipotetic ambigue şi amenințătoare decât cei din urmă. Constans (2001) a constatat, de asemenea, că predispoziția pentru îngrijorare detectată cu 6 săptămâni înainte de un examen s-a asociat cu un risc estimat mai ridicat de eşec. Aceste rezultate sunt, prin urmare, în concordanță cu sugestia noastră că îngrijorarea contribuie la o reevaluare a amenințării ca eveniment mai grav şi mai probabil.

Impactul negativ al comportamentului de căutare a siguranței

Cu toate că am discutat deja despre mai multe aspecte ale căutării siguranței, aceasta poate fi privită şi ca o strategie dezadaptativă compensatorie de coping. S-a observat că recurgerea constantă la un comportament de căutare a siguranței are legătură cu persistența anxietății şi a convingerilor referitoare la amenințare (a se vedea secțiunea din Ipoteza 2). În plus, există dovezi ale unei procesări automate mai slabe a informațiilor referitoare la amenințare şi ale evitării atenționale întârziate a amenințării. Dacă experimentele mai directe susțin ideea că procesarea automată a informațiilor despre amenințare este mai puțin eficientă în stările de anxietate ridicată, atunci s-ar putea explica de ce persoana anxioasă are nevoie de resurse elaborate mai extinse în încercarea sa de a găsi siguranța.

Indivizii anxioși sunt mai predispuși să folosească unele comportamente de căutare a siguranței ca modalități de coping cu anxietatea decât indivizii nonanxioși (a se vedea secțiunea din Ipoteza 2). Pe termen scurt, coping-ul orientat către siguranță poate avea ca rezultat o oarecare diminuare a anxietății, dar, pe termen lung, acesta susține de fapt interpretările

amenințătoare, împiedicând infirmarea lor (Salkovskis, 1996b). Astfel, recurgerea mai frecventă la căutarea siguranței va contribui la persistența anxietății. Importanța căutării siguranței ca reacție dezadaptativă strategică de coping care contribuie la patogeneza anxietății a fost recunoscută ca proces important în majoritatea tulburărilor de anxietate, cum ar fi TAG (Woody și Rachman, 1994), tulburarea de panică (D.M. Clark, 1999), fobia socială (D.M. Clark și Wells, 1995) și TSPT (Ehlers și Clark, 2000). Prin urmare, la fel ca în cazul îngrijorării, folosirea susținută a comportamentului de căutare a siguranței este o strategie deficitară de coping care contribuie la persistența anxietății.

Suprimarea gândurilor și a emoțiilor

Suprimarea deliberată a gândurilor şi a emoţiilor nedorite sunt alte două strategii de coping care pot contribui la persistenţa anxietăţii. Wegner şi colegii săi au fost primii care au demonstrat că suprimarea deliberată chiar şi a cogniţiilor neutre, cum ar fi gândul despre un urs alb, poate cauza o reacţie paradoxală de revenire a gândului ţintă după ce încetează efortul depus pentru suprimarea acestuia (Wegner, Schneider, Carter şi White, 1987). În experimentul tipic de suprimare a gândurilor, indivizii sunt supuşi aleatoriu uneia dintre aceste trei condiţii: un interval scurt (de exemplu, 5 minute), în care pot să se gândească la orice, în afară de gândul ţintă (condiţia suprimării), o condiţie expresă (să se gândească în mod deliberat la gândul ţintă) sau doar condiţia de monitorizare (să se gândească la orice, inclusiv la gândul ţintă). Urmează apoi al doilea interval, la fel de lung, în care toţi participanţii primesc o condiţie expresă sau de monitorizare. În ambele intervale participanţii indică de fiecare dată când gândul ţintă apare în mod intruziv la nivelul conştiinţei. Dovezile reacţiei de revenire post-suprimare sunt evidenţiate atunci când grupul desemnat pentru suprimarea gândului raportează o frecvenţă mai mare a intruziunilor gândului ţintă în perioada ulterioară de condiţionare expresă sau în perioada de monitorizare, comparativ cu grupul care şi-a exprimat sau şi-a monitorizat gândurile. Fenomenul acesta de revenire este atribuit efectelor de durată ale suprimării intenţionate a gândurilor şi este cel mai pregnant atunci când controlul mental este relaxat (Wenzlaff şi Wegner, 2000). Relevanţa acestor cercetări privind tulburările emoţionale este evidentă (pentru analize critice, a se vedea Abramowitz, Tolin şi Street, 2001; D.A. Clark, 2004; Purdon, 1999; Purdon şi Clark, 2000; Rassin, Merckelbach şi Muris, 2000; Wegner, 1994; Wenzlaff şi Wegner, 2000). Dacă gândurile nedorite sunt într-adevăr mai frecvente ca rezultat al eforturilor intenţionate de suprimare anterioare, atunci controlul mental deliberat al gândurilor stresante este o strategie cognitivă de coping dezadaptativă care contribuie la creşterea frecvenţei cogniţiilor ameninţătoare şi stresante, întâlnite în stările de anxietate. În acest caz, suprimarea gândurilor ar aduce o contribuţie semnificativă la persistenţa anxietăţii. Oricum, trebuie să avem în vedere două aspecte. Întâi, cât de des se bazează indivizii anxioşi pe suprimarea gândurilor ca strategie de coping? În al doilea rând, atunci când indivizii

anxioşi îşi suprimă gândurile amenințătoare şi stresante nedorite, se mai produce o revenire a gândirii şi a emoțiilor anxioase?

PREVALENȚA SUPRIMĂRII GÂNDURILOR

Tendința de a folosi suprimarea gândurilor a fost măsurată cu ajutorul chestionarelor de autoevaluare, cum ar fi Inventarul de suprimare a gândurilor al ursului alb (*White Bear Supression Inventory - WBSI*; Wegner şi Zanakos, 1994). WBSI este un chestionar alcătuit din 15 itemi care evaluează diferențele individuale în ceea ce priveşte tendința de a se implica în controlul mental deliberat al gândurilor nedorite. S-au raportat corelații pozitive între WBSI şi mai multe autoevaluări ale anxietății, precum şi pentru tendințe de obsesionalitate (de exemplu, Rassin şi Diepstraten, 2003; Wegner şi Zanakos, 1994). Mai mult decât atât, scorurile obținute la WBSI sunt mult mai ridicate în toate tulburările de anxietate, dar ele scad în urma unui tratament eficace (Rassin, Diepstraten, Merckelbach şi Muris, 2001). O analiză factorială a WBSI a constatat că gândurile intruzive nedorite, mai degrabă decât factorul suprimării gândurilor, corelează cu simptomele anxietății şi ale TOC (Höping şi de Jong-Meyer, 2003). Cu toate acestea, alte studii clinice au indicat faptul că suprimarea gândurilor este evidentă în tulburările de anxietate. Harvey şi Bryant (1998a) au constatat că supraviețuitorii accidentelor auto cu tulburare acută de stres (TAS) au prezentat rate mai ridicate de suprimare naturală a gândurilor decât supraviețuitorii fără TAS. Un studiu efectuat pe femei care au suferit un avort spontan a demonstrat că tendința de a recurge la suprimarea gândurilor prezicea simptomele TSPT după o lună şi după 4 luni de la pierderea sarcinii (Engelhard, van den Hout, Kindt, Arntz şi Schouten, 2003). Toate aceste rezultate indică faptul că suprimarea gândurilor este o strategie de coping folosită deseori de către persoanele suferind de anxietate.

EFECTELE NEGATIVE ALE SUPRIMĂRII GÂNDURILOR

Se pare că indivizii cu o tulburare de anxietate sunt la fel de eficienți ca indivizii nonclinici sau ca indivizii cu anxietate scăzută în suprimarea gândurilor țintă anxioase, cel puțin pe termen scurt (Harvey şi Bryant, 1999; Purdon, Rowa, şi Antony, 2005; Shipherd şi Beck, 1999), deşi alte studii indică o eficacitate mai redusă a suprimării gândurilor la indivizii cu un diagnostic de anxietate (Harvey şi Bryant, 1998a; Janeck şi Calamari, 1999; Tolin, Abramowitz, Przeworski şi Foa, 2002a). În plus, dovezile experimentale nu oferă un răspuns edificator la întrebarea dacă suprimarea gândurilor anxioase, cum ar fi îngrijorările, gândurile obsesionale intruzive sau intruziunile legate de traumă este mai probabil să aibă ca rezultat revenirea lor post-suprimare. Unele studii au raportat efecte de revenire a gândurilor țintă anxioase şi obsesionale (Davies şi Clark, 1998a; Harvey şi Bryant, 1998a, 1999; Koster, Rassin, Crombez şi Näring, 2003; Shipherd şi Beck, 1999), în vreme ce altele, de regulă, nu au reuşit să găsească niciun fel de efecte de revenire datorate suprimării gândurilor (Belloch, Morillo şi Giménez, 2004a; Gaskell, Wells şi Calam, 2001; Hardy şi Brewin, 2005; Janeck şi Calamari, 1999; Kelly şi Kahn,

1994; Muris, Merckelbach, van den Hout şi de Jong, 1992; Purdon, 2001; Purdon şi Clark, 2001; Purdon şi colab., 2005; Roemer şi Borkovec, 1994; Rutledge, Hollenberg şi Hancock, 1993, Experimentul 1). În general, se pare că revenirea post-suprimare a gândurilor anxioase nu este nici mai probabilă, nici mai puţin probabilă în eşantioanele anxioase clinic decât la indivizii nonclinici (a se vedea Shipherd şi Beck, 1999, pentru rezultate contrare).

Chiar dacă reapariţia intruziunilor gândurilor nedorite imediat după suprimarea lor nu este susţinută suficient la nivel empiric, există dovezi ale faptului că suprimarea gândurilor anxioase poate să aibă alte efecte negative care sunt importante pentru persistenţa anxietăţii. Întâi, se pare că la un interval mai lung, de exemplu de 4 sau 7 zile, suprimarea anterioară a ţintelor anxioase va avea ca rezultat o revenire puternică a gândurilor nedorite (Geraerts, Merckelbach, Jelicic şi Smeets, 2006; Trinder şi Salkovskis, 1994). Abramowitz şi colab. (2001) au sugerat că indivizii pot să-şi suprime cu succes gândurile nedorite pe perioade scurte, dar, pe măsură ce trece timpul şi aceştia îşi relaxează eforturile de a le controla, creşterea frecvenţei gândului ţintă este mai probabilă. În al doilea rând, suprimarea pare să aibă cu adevărat un efect negativ direct asupra stării emoţionale, cauzând intensificarea simptomelor anxioase şi a celor depresive (Gaskell şi colab., 2001; Koster şi colabl., 2003; Purdon şi Clark, 2001; Roemer şi Borkovec, 1994; Markowitz şi Borton, 2002; Trinder şi Salkovskis,1994). În al treilea rând, studii mai recente au constatat că suprimarea intruziunilor anxioase sau obsesionale poate întreţine sau chiar modifica evaluarea negativă a individului privind revenirea intruziunilor ţintă, contribuind în felul acesta la intensificarea dispoziţiei afective anxioase (Kelly şi Kahn, 1994; Purdon, 2001; Purdon şi colab., 2005; Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, şi Synodi, 2002b). În sfârşit, este clar că anumiţi parametri pot accelera efectele negative ale suprimării şi/ sau reduce eficacitatea sa imediată, cum ar fi în cazul impunerii unei sarcini cognitive (a se vedea Wenzlaff şi Wegner, 2000, pentru o trecere în revistă) sau în prezenţa unei stări afective disforice (Conway, Howell şi Giannopoulos, 1991; Howell şi Conway, 1992; Wenzlaff, Wegner şi Roper, 1988). Mai mult decât atât, unii cercetători sugerează că variabilele legate de diferenţele individuale ar putea influenţa efectele suprimării (Geraerts şi colab., 2006; Renaud şi McConnell, 2002). De exemplu, indivizii puternic obsesionali au o predispoziţie mai mare pentru a suferi efectele negative persistente ale suprimării faţă de indivizii cu obsesionalitate scăzută (Hardy şi Brewin, 2005; Smári, Birgisdóttir şi Brynjólfsdóttir, 1995; pentru rezultate contrare, a se vedea Rutledge, 1998; Rutledge, Hancock şi Rutledge, 1996).

Natura suprimării intenţionate a gândurilor şi rolul său în psihopatologie constituie în prezent subiectul unor investigaţii empirice intense. Este evident că avem de-a face cu un proces complex, iar opiniile iniţiale conform cărora suprimarea cauzează o revenire post-suprimare a frecvenţei gândurilor nedorite care consolidează distresul emoţional persistent sunt mult simplificate. În acelaşi timp, cercetările sunt suficient de clare în privinţa faptului că suprimarea gândurilor anxioase, în special a îngrijorării, a intruziunilor legate de traume şi obsesii nu reprezintă o strategie sănătoasă de coping pentru reducerea gândurilor neliniştitoare şi a anxietăţii.

De exemplu, într-un studiu, unor persoane cu tulburare de panică, care au fost supuse unui test de inhalare de CO_2 timp de 15 minute, li s-a cerut, aleatoriu, să accepte sau să-şi suprime orice emoții sau gânduri pe parcursul testului (Levitt, Brown, Orsillo şi Barlow, 2004). Analizele au demonstrat că grupul care a acceptat a raportat o anxietate subiectivă şi o evitare mai reduse ca reacție la testul cu CO_2 5,5% comparativ cu grupul care a ales suprimarea, deşi nu s-au evidențiat diferențe la nivelul simptomelor subiective de panică sau al stimulării fiziologice. Probabil că, în momentul de față, putem doar să formulăm concluzia că suprimarea intențională şi pentru care se depune efort subiectiv a gândurilor anxioase nu este o strategie de coping care ar trebui încurajată în managementul anxietății. Mai degrabă exprimarea şi acceptarea gândurilor şi a imaginilor provocatoare de distres au, fără îndoială, beneficii terapeutice pe care abia începem să le înțelegem.

SUPRIMAREA EMOȚIILOR

Există un interes crescut pentru rolul pe care reglarea emoției sau a reactivității la stres l-ar putea juca în tipuri specifice de psihopatologie, precum şi în starea psihologică generală de bine (de exemplu, S.J. Bradley, 2000). Un tip de reglare a emoțiilor care are o relevanță deosebită în tulburările de anxietate este *inhibarea emoției*. Gross şi Levenson (1997) au definit inhibiția emoției ca o reactivare care necesită efort subiectiv a proceselor inhibitorii care servesc suprimării sau împiedicării comportamentului activ de exprimare a emoțiilor pozitive sau negative. În studiul lor, efectuat pe 180 de tinere studente cărora li s-au prezentat scene amuzante, neutre şi triste din filme, suprimarea emoției pozitive sau negative s-a asociat cu o creştere a activării simpatice a sistemului cardiovascular, cu o reactivitate somatică redusă şi cu o scădere modestă a emoției pozitive autoevaluate.

Cercetătorii au început să investigheze inhibiția emoției şi constructul asociat al acesteia, de *evitare experiențială*, în tulburările de anxietate. Cea din urmă se referă la o evaluare negativă exagerată a gândurilor, a sentimentelor şi a senzațiilor nedorite, precum şi la refuzul de a trăi aceste evenimente personale, acesta determinând efortul deliberat de a le controla sau de a le evita (Hayes, Strosahl, Wilson şi colab., 2004b). Într-un studiu în care au fost comparați veterani din războiul din Vietnam, cu şi fără TSPT, cei suferind de TSPT au raportat suprimarea mai frecventă şi mai intensă a emoțiilor pozitive şi negative, iar această tendință de suprimare a emoțiilor s-a asociat în mod specific simptomatologiei TSPT (Roemer, Litz, Orsillo şi Wagner, 2001; a se vedea, de asemenea, Levitt şi colab., 2004, pentru tulburarea de panică). Evitarea experiențială este corelată în mod semnificativ cu mai multe caracteristici relevante ale anxietății, cum ar fi sensibilitatea la anxietate, teama de senzații fizice şi de sufocare şi anxietatea ca trăsătură şi a anticipat anxietatea socială zilnică şi distresul emoțional pentru o perioadă de 3 săptămâni (Kashdan, Barrios, Forsyth şi Steger, 2006). Cu toate că acestea sunt studii preliminare, se pare că suprimarea emoției poate însoți suprimarea gândurilor nedorite, ca strategie dezadaptativă de coping care alimentează în mod neintenționat stări de distres emoțional, cum este anxietatea.

Instrucțiuni pentru clinician 3.10

Indivizii anxioşi se bazează pe anumite strategii deliberate de coping, ca o compensare imediată pentru starea lor subiectivă intens neplăcută. Din păcate, orice eliberare imediată de anxietate, datorată îngrijorării, evitării, comportamentelor de căutare a siguranței sau suprimării cognitive / experiențiale este temporară. Într-adevăr, aceste strategii joacă un rol important în persistența pe termen mai lung a stărilor de anxietate. De aceea, intervenția terapeutică eficientă trebuie să reducă impactul negativ pe care îl au aceste strategii dezadaptative de coping asupra anxietății.

REZUMAT ŞI CONCLUZII

Analiza literaturii care prezintă cercetări relevante pentru modelul cognitiv al anxietății (a se vedea Figura 2.1) indică faptul că există un suport empiric în creştere în favoarea rolului proceselor cognitive automate în activarea imediată a fricii. Lucrul acesta este cel mai evident pentru Ipoteza 1, unde există date experimentale concludente care indică faptul că frica este caracterizată de o biasare atențională automată preconştientă favorizând amenințarea pentru stimulii personali ai amenințării de intensitate moderată, prezentați la intervale scurte de expunere. S-au întreprins foarte puține cercetări asupra posibilității existenței unei procesări atenționale automate contrară informațiilor despre siguranță (adică Ipoteza 2), deşi există unele cercetări care dovedesc existența unui proces automat de evaluare a amenințării în stările de anxietate ridicată (adică Ipoteza 3).

Ipotezele 4-7 se concentrează asupra consecințelor cognitive, comportamentale şi emoționale evidențiate de activarea modului amenințării imediate. Există numeroase dovezi în sprijinul ideii că indivizii anxioşi supraestimează probabilitatea, proximitatea şi, într-o mai mică măsură, gravitatea informațiilor relevante pentru amenințare (adică Ipoteza 4). Există dovezi empirice importante care confirmă faptul că indivizii suferind de anxietate ridicată îşi interpretează în mod greşit simptomele anxioase într-o manieră negativă sau amenințătoare (adică Ipoteza 5) şi că gândurile şi imaginile automate negative legate de amenințare, de pericol şi de vulnerabilitatea sau de neputința propriei persoane caracterizează stările de anxietate (adică Ipoteza 6). Cu toate acestea, cercetările consacrate specificității conținutului cognitiv sunt mult mai puțin concludente în încercarea lor de a demonstra specificitatea conținutului gândului amenințător în anxietate. Probabil că specificitatea cognitivă ar fi mai evidentă dacă cercetătorii s-ar concentra mai mult asupra cognițiilor specifice tulburării decât asupra formelor generale ale gândului aprehensiv.

Ipoteza 7, care susține că reacția defensivă automată este evidențiată de activarea modului amenințării imediate, are o susținere eterogenă. Deşi există studii comportamentale serios argumentate care demonstrează pregnanța evadării comportamentale ca reacție defensivă automată în anxietate, s-au

făcut puține cercetări asupra evitării cognitive automate și asupra reacției defensive de căutare a siguranței.

Ultimele trei ipoteze analizate în capitolul acesta s-au concentrat asupra fazei secundare, elaborate a anxietății. Această componentă a programului anxietății va suscita cel mai mare interes din partea practicienilor, deoarece procesele implicate în elaborarea anxietății au un impact direct asupra persistenței sale. Aceasta este, de asemenea, faza care constituie obiectivul specific al terapiei cognitive a anxietății. Suportul empiric pentru Ipoteza 8 a fost unul puternic, cu numeroase studii care au demonstrat că indivizii anxioşi manifestă o biasare deliberată în interpretarea amenințării pentru stimulii ambigui, ceea ce indică existența unei biasări conştiente, strategice în procesarea amenințării. Totuşi, nu se cunoaşte încă dacă procesarea elaborată diminuată a informațiilor legate de siguranță apare în anxietate (adică Ipoteza 9), deoarece practic nu există cercetări pe tema aceasta. Dovezile empirice ale prezenței strategiilor cognitive dezadaptative de coping în anxietate sunt foarte puternice (adică Ipoteza 10), cu numeroase studii care demonstrează efectele negative ale îngrijorării, ale comportamentului excesiv de căutare a siguranței, ale suprimării gândurilor şi, mai recent, ale evitării experiențiale. Cercetarea aceasta evidențiază în mod clar importanța identificării acestor strategii de răspuns ca ținte ale terapiei cognitive a anxietății.

Analiza noastră amănunțită a cercetărilor empirice existente vine, în mod clar, în sprijinul fundamentului cognitiv al anxietății. Structurile, procesele şi produsele cognitive specifice sunt esențiale în activarea şi persistența anxietății. Cu toate că aceste cercetări oferă un temei pentru susținerea abordării cognitive a tratamentului anxietății, ele nu se ocupă de aspectul etiologiei. În capitolul următor, vom lua în discuție posibilitatea existenței unui rol cauzal al cognițiilor în etiologia anxietății.

CAPITOLUL 4

VULNERABILITATEA LA ANXIETATE

Ne mişcăm în cerc, atât de îngrădiţi de propriile noastre anxietăţi, încât nu mai reuşim să facem distincţia dintre adevărat şi fals, dintre capriciul unui gangster şi cel mai curat ideal.

– INGRID BERGMAN
(Actriţă de origine suedeză, 1915-1982)

Persoanele care au suferit ani de zile de o tulburare de anxietate se întreabă deseori care este originea tulburării lor. Întrebările cele mai frecvente sunt „De ce eu?", „Cum am ajuns să am problema aceasta cu anxietatea?", „Am moştenit boala aceasta sau există un dezechilibru chimic în creierul meu?", „Am făcut eu ceva care să o provoace?", „Am un defect legat de personalitatea mea sau o slăbiciune ce ţine de structura mea psihologică?". Din păcate, clinicienii care se confruntă cu întrebările privind etiologia anxietăţii reuşesc cu mare dificultate să ofere răspunsuri satisfăcătoare, deoarece cunoştinţele noastre despre vulnerabilitatea la anxietate sunt destul de limitate (McNally, 2001).

Chiar dacă cercetările asupra vulnerabilităţii au rămas în urma cunoştinţelor noastre privind psihopatologia şi tratamentul anxietăţii, cei mai mulţi dintre noi sunt de acord că predispoziţia pentru dezvoltarea unei tulburări de anxietate variază foarte mult la nivelul populaţiei generale. Acest lucru este bine ilustrat de următoarele exemple de caz. Cynthia, o muncitoare de 29 de ani, care se descrie ca fiind deosebit de anxioasă, neliniştită şi lipsită de încredere în sine încă din primii ani ai copilăriei, a dezvoltat o stare moderată spre severă de nesiguranţă şi compulsii de verificare, după ce a absolvit liceul şi a început să-şi asume mai multe responsabilităţi legate de serviciu şi de viaţa pe cont propriu. Andy, un contabil de 41 de ani, s-a prezentat la debutul tulburării severe de panică şi a evitării agorafobice, după ce a fost promovat într-o funcţie de conducere deosebit de stresantă şi de solicitantă care a condus la apariţia unor simptome fizice, cum ar fi senzaţia de apăsare şi durere toracică, palpitaţii, amorţeală, transpiraţie, senzaţie de vid mental şi de încordare a abdomenului. El a dezvoltat o anxietate comorbidă legată

de starea de sănătate, care s-a intensificat după ce a fost tratat pentru hernie hiatală, colesterol mărit şi reflux esofagian. Ann Marie, o funcţionară din administraţie, în vârstă de 35 de ani, a suferit multă vreme de fobie socială netratată, până când a suferit primul atac sever de panică, după o promovare care i-a provocat mai mult stres la serviciu. Ann Marie a declarat că fusese în general o persoană anxioasă şi nesigură, încă din liceu, dar că în prezent simţea că interacţiunile sociale erau cele mai ameninţătoare.

În fiecare dintre aceste ilustrări de caz, apariţia unei tulburări de anxietate a survenit în contextul unor factori predispozanţi şi al unor circumstanţe care i-au facilitat apariţia. În mod frecvent, indivizii suferind de tulburări de anxietate raportează o predispoziţie pentru anxietate puternică, pentru agitaţie sau pentru îngrijorare, precum şi evenimente care s-au precipitat şi au provocat creşterea stresului lor zilnic. Întrucât atât caracteristicile biologice sau psihologice predispozante, cât şi factorii de mediu sunt implicaţi în etiologia anxietăţii clinice, se sugerează în mod frecvent că modelele de vulnerabilitate la stres explică diferenţele individuale în privinţa riscului de dezvoltare a anxietăţii (Story, Zucker şi Craske, 2004). În multe cazuri, evenimente majore de viaţă, traume sau necazurile frecvente contribuie la anxietate; în alte cazuri, factorii precipitanţi nu sunt atât de dramatici şi se încadrează în evenimentele obişnuite de viaţă (de exemplu, stres mai mare la serviciu, un test medical incert, o situaţie jenantă). Aceste deosebiri dintre prezentările clinice i-au determinat pe cercetători să caute factori de vulnerabilitate şi de risc care ar putea să prezică dacă o persoană va dezvolta o tulburare de anxietate.

În capitolul acesta, vom prezenta modelul cognitiv al *vulnerabilităţii* la anxietate. Începem prin a defini unele concepte esenţiale folosite în modelele etiologice ale tulburării. Urmează, apoi, o prezentare generală a rolului eredităţii, al neurofiziologiei, al personalităţii şi al evenimentelor de viaţă în apariţia tulburărilor de anxietate. Vom prezenta, apoi, modelul vulnerabilităţii cognitive la anxietate, formulat pentru prima dată de Beck şi colab. (1985). Capitolul se încheie cu o analiză a suportului empiric al ultimelor două ipoteze ale modelului cognitiv, vulnerabilitatea personală accentuată şi convingerile persistente privind ameninţarea, care sunt în relaţie directă cu aspectul etiologic.

VULNERABILITATEA: DEFINIŢII ŞI CARACTERISTICI ESENŢIALE

Deşi sunt deseori folosiţi în contexte similare, termenii „vulnerabilitate" şi „risc" au sensuri foarte diferite (a se vedea Ingram, Miranda şi Segal, 1998; Ingram şi Price, 2001). *Riscul* este un termen descriptiv sau statistic referitor la orice variabilă a cărei asociere cu o tulburare creşte posibilitatea ca aceasta să apară (de exemplu, gen, sărăcie, statutul relaţiilor interpersonale), fără să ofere informaţii despre mecanismele sale cauzale reale. *Vulnerabilitatea*, pe de altă parte, este un factor de risc, cu un statut cauzal în cadrul tulburării respective. Vulnerabilitatea poate fi definită drept o caracteristică endogenă, stabilă, care rămâne latentă până în momentul în care este activată de un

eveniment precipitant. Această activare poate conduce la apariția simptomelor definitorii ale unei tulburări (Ingram și Price, 2001). Cunoașterea factorilor de vulnerabilitate are implicații în tratament, deoarece ea va clarifica mecanismele reale ale etiologiei (Ingram și colab., 1998). Cu toate acestea, vulnerabilitatea nu provoacă în mod direct declanșarea tulburării; în schimb, este mediată de apariția evenimentelor precipitante.

Factorii de vulnerabilitate sunt interni, stabili și latenți sau neobservabili până în momentul când sunt activați de un eveniment precipitant (Ingram și colab., 1998; Ingram și Price, 2001). Această natură personală, imperceptibilă a vulnerabilității la indivizii asimptomatici a constituit un element de dificultate sporită pentru cercetătorii aflați în căutarea unor metode sigure și valide de identificare a vulnerabilității (Ingram și Price, 2001). În plus, constructele vulnerabilității trebuie să aibă o sensibilitate ridicată (adică trebuie să fie prezente la indivizii suferind de tulburarea respectivă), un nivel moderat de specificitate (adică să fie mai pregnante în tulburarea țintă decât la nivelul grupului de control) și trebuie să fie distincte de evenimentul de viață precipitant (Ingram și colab., 1998). În modelul cognitiv al lui Beck constructele vulnerabilității nu sunt nici cauze necesare, nici suficiente, ci mai degrabă cauze care contribuie la psihopatologie, care pot interacționa sau pot să se combine cu alte căi etiologice prezente la nivelurile genetic, biologic și de dezvoltare (a se vedea Abramson, Alloy și Metalsky, 1988; D.A. Clark și colab., 1999).

Modelul cognitiv al anxietății prezentat în Capitolul 2 (a se vedea Figura 2.1) descrie structurile cognitive proximale și procesele implicate în persistența anxietății, iar acest capitol se concentrează asupra variabilelor cognitive distale, care sunt predispoziții pentru anxietate. Factorii cognitivi distali de vulnerabilitate sunt *moderatori* (adică ei afectează direcția și/sau forța asocierii dintre stres și declanșarea simptomelor), în timp ce variabilele cognitive mai proximale sunt *mediatori* (adică ei dau seamă de relația dintre vulnerabilitate, stres și declanșarea tulburării) (a se vedea Baron și Kenny, 1986; Riskind și Alloy, 2006). În modelul cognitiv, există multiple vulnerabilități distale la nivelurile biologic, cognitiv și de dezvoltare, astfel că unii indivizi pot prezenta mai multe vulnerabilități. Aceste *vulnerabilități combinate* se pot asocia cu un risc și mai ridicat de declanșare a tulburării, cu simptome mai severe sau cu tulburări emoționale comorbide (Riskind și Alloy, 2006).

FACTORI DETERMINANȚI DE NATURĂ BIOLOGICĂ

Diferențele individuale determinate de factorii genetici, de neurofiziologie și de temperament interacționează cu o predispoziție pentru vulnerabilitate cognitivă, pentru a amplifica sau pentru a diminua înclinația individului către anxietate ca răspuns la adversitățile sau la amenințările vieții. Barlow (2002) a susținut în mod convingător faptul că există o vulnerabilitate biologică generalizată față de tulburările de anxietate, în care caracterul ereditar, un factor nespecific de vulnerabilitate, este răspunzător de 30-40% din rata variabilității în toate tulburările de anxietate. Această vulnerabilitate

genetică este, cel mai probabil, exprimată prin accentuarea trăsăturilor generale de personalitate sau a temperamentelor, cum ar fi neuroticismul, anxietatea ca trăsătură sau afectivitatea negativă. Stimularea cronică, structurile neuroanatomice predominante (de exemplu, amigdala, locus coeruleus, nucleul-pat al striei terminalis - NPST, cortexul prefrontal drept) şi anormalităţile la nivelul neurotransmiţătorilor precum serotonina, GABA şi CRH sunt alte vulnerabilităţi biologice la anxietate, care au semnificaţie etiologică, în parte interacţionând cu vulnerabilitatea cognitivă în manieră sinergică (a se vedea Capitolul 1, pentru detalii).

VULNERABILITATEA LA NIVELUL PERSONALITĂŢII

Neuroticismul şi afectivitatea negativă

Eysenck şi Eysenck (1975) au descris neuroticismul (N) drept o predispoziţie către emotivitate, în care individul profund nevrotic este exagerat de emoţional, anxios, îngrijorat şi schimbător şi are tendinţa de a reacţiona puternic şi în mod exagerat la o gamă de stimuli. Indivizii cu neuroticism ridicat (N) şi cu un nivel scăzut de extraversiune (E) - sau indivizii introvertiţi - sunt consideraţi mai predispuşi să dezvolte anxietate, deoarece ei au un sistem limbic exagerat de reactiv, care îi face să dobândească mai uşor reacţii emoţionale condiţionate la stimuli. Deşi există un puternic suport empiric demonstrând implicarea neuroticismului (N) ridicat în patogeneza anxietăţii (de exemplu, a se vedea analiza efectuată de Watson şi Clark, 1984), dovezile empirice pentru alte caracteristici ale N, cum ar fi baza sa neurofiziologică, nu sunt suficient de concludente (Eysenck, 1992).

Watson şi Clark (1984) au propus o dimensiune de tipul dispoziţie-stare, numită *afectivitate negativă* (AN). AN reflectă o „diferenţă individuală predominantă la nivelul emotivităţii şi al percepţiei de sine negative" (p. 465), indivizii cu AN fiind predispuşi să resimtă emoţii negative mai intense, cuprinzând senzaţii subiective de nelinişte, tensiune şi îngrijorare, precum şi tendinţa de a avea o stimă de sine scăzută şi de a insista asupra greşelilor, frustrărilor şi ameninţărilor din trecut (Watson şi Clark, 1984). Cercetările efectuate conform modelului tradiţional al celor 5 factori de personalitate au subsumat noţiunile de N şi AN constructului supraordinat al personalităţii - „emotivitate negativă" (de exemplu, Watson, Clark şi Harkness, 1994).

Există numeroase cercetări corelaţionale şi analize factoriale care demonstrează asociaţia dintre emotivitatea negativă şi anxietate în eşantioane clinice şi nonclinice (Longley, Watson, Noyes şi Yoder, 2006). Emotivitatea accentuată este evidentă în toate tulburările de anxietate, precum şi în depresie (de exemplu, Bienvenu şi colab., 2004; Cox, Enns, Walker, Kjernisted şi Pidlubny, 2001; Trull şi Sher, 1994; Watson, Clark şi Carey, 1988) şi ea prezice simptomele anxioase viitoare (Gershuny şi Sher, 1998; Levenson, Aldwin, Bossé şi Spiro, 1988). Astfel, AN crescută sau emotivitatea crescută reprezintă un factor de vulnerabilitate general, distal, nespecific pentru anxietate şi pentru tulburările sale şi constituie o caracteristică temperamentală de

predispoziție pentru neliniște, tensiune și îngrijorare cu rădăcini genetice și în experiențele din prima copilărie (Barlow, 2002).

Anxietatea ca trăsătură

Un alt construct al personalității, atât de legat de emotivitatea negativă (adică N sau AN), încât cele două sunt considerate aproape sinonime, este *anxietatea ca trăsătură* (Eysenck, 1992). Spielberger, cel mai puternic susținător al ideii de diferențiere între anxietatea ca stare și anxietatea ca trăsătură, a definit *anxietatea* ca *stare* drept „o stare sau o însușire emoțională tranzitorie a organismului uman, care se caracterizează prin sentimente subiective percepute în mod conștient, de tensiune, de aprehensiune, și printr-o activitate crescută a sistemului nervos autonom. Stările de anxietate variază ca intensitate și fluctuează pe parcursul timpului" (Spielberger, Gorsuch și Lushene, 1970, p. 3).

Anxietatea ca trăsătură, pe de altă parte, este considerată ca reprezentând „diferențe individuale relativ stabile privind predispoziția pentru anxietate" (Spielberger și colab., 1970, p. 3). Indivizii cu o anxietate ca trăsătură ridicată sunt mai predispuși să răspundă la situații de amenințare percepută cu accentuarea stării de anxietate și evaluează o gamă mai largă de stimuli ca fiind amenințători, au un prag mai scăzut de activare a anxietății și trăiesc stări mai intense de anxietate (Rachman, 2004; Spielberger, 1985). Deși există dovezi substanțiale ale faptului că Inventarul de anxietate stare-trăsătură al lui Spielberger este deosebit de relevant pentru stres și anxietate (Roemer, 2001), anxietatea ridicată ca trăsătură este un construct problematic al vulnerabilității, deoarece (1) stabilitatea sa temporală nu a fost demonstrată suficient, (2) structura sa unidimensională a fost contrazisă, (3) corelează prea puternic cu anxietatea ca stare, (4) poate avea o specificitate redusă pentru anxietate și (5) implică o idee vagă de vulnerabilitate care se apropie foarte mult de conceptul lui Freud de anxietate nevrotică (Eysenck, 1992; Rachman, 2004; Reiss, 1997; Roemer, 2001). Din aceste motive, cercetătorii au căutat altundeva predictori de personalitate mai specifici pentru tulburările de anxietate.

Sensibilitatea la anxietate

În ultimii ani, sensibilitatea la anxietate, o teamă sau o sensibilitate față de trăirea anxietății, a apărut ca un construct mai promițător referitor la vulnerabilitatea personalității, care adoptă o perspectivă mai cognitivă, cu o specificitate mai mare pentru anxietate și pentru tulburările sale. *Sensibilitatea la anxietate* (SA) este teama de senzațiile fizice legate de anxietate, bazată pe convingerile persistente că aceste simptome de anxietate vor avea consecințe fizice, sociale sau psihologice negative (Reiss, 1991; Reiss și McNally, 1985; Taylor, 1995a; Taylor și Cox, 1998). De exemplu, o persoană cu SA accentuată poate să interpreteze o durere în piept ca semn al unui atac de cord iminent,

simțindu-se, astfel, deosebit de anxioasă atunci când percepe această senzație corporală, în vreme ce o persoană cu SA scăzută va interpreta această durere ca pe o tensiune musculară datorată efortului fizic, fără să simtă deloc anxietate în legătură cu această senzație fizică.

În SA accentuată există tendința de a manifesta anxietate în legătură cu anumite senzații fizice, deoarece indivizii cred că anxietatea şi simptomele sale fizice pot avea consecințe grave, cum ar fi atacul de cord, o boală mintală sau o anxietate insuportabilă (Reiss, 1991). Astfel, SA este o variabilă de personalitate care amplifică teama atunci când apar senzațiile şi comportamentele de anxietate (Reiss, 1997). De aceea, se consideră că joacă atât un rol etiologic, cât şi unul de menținere în toate tulburările de anxietate, dar, mai cu seamă, în tulburarea de panică şi în agorafobie (Reiss, 1991; Taylor şi Cox, 1998).

Validarea psihometrică

Indexul de Sensibilitate la Anxietate (*Anxiety Sensitivity Index* - ASI), alcătuit din 16 itemi, este principalul instrument utilizat în evaluarea diferențelor individuale în SA (Reiss, Peterson, Gursky şi McNally, 1986; Reiss şi McNally, 1985). În ciuda numeroaselor dispute referitoare la structura sa factorială, acum se dovedeşte că ASI este un construct ierarhic multidimensional cu doi sau trei factori corelați de ordin inferior (adică Temerile legate de o suferință mintală catastrofală vs. Temerile legate de senzațiile cardiorespiratorii ori Îngrijorări legate de starea fizică, de Incapacitate mintală şi Îngrijorări de natură socială legate de a fi anxios), aflați în relație cu un factor de ordine superioară al SA (Mohlman şi Zinbarg, 2000; Schmidt şi Joiner, 2002; Zinbarg, Barlow şi Brown, 1997). Există controverse şi asupra alegerii dimensiunilor care descriu cel mai bine SA. În conformitate cu un ASI-R cu 36 de itemi, doar doi factori corelați s-au regăsit în seturile de date obținute din şase țări: Teama de simptomele somatice şi Grijile de natură social-cognitivă (Zolensky şi colab., 2003).

Varianta cea mai recentă a ASI, ASI-3, cu 18 itemi, oferă cea mai bună evaluare a celor trei dimensiuni ale SA; grijile de natură fizică, cognitivă şi socială (Taylor, Zvolensky, şi colab., 2007). Subscalele ASI-3 au avut consistență internă îmbunătățită şi o bună validitate de criteriu, deşi cele trei subscale corelau semnificativ (coeficienții r>0,83). Cu toate acestea, rezultatele mai multor versiuni ale ASI indică faptul că mai degrabă scorurile subscalelor decât scorul total sunt cele care ar trebui utilizate pentru a indica nivelul de SA.

Măsurătorile ASI au o bună consistență internă, validitate test-retest şi o puternică validitate convergentă cu alte măsurători ale anxietății (Mohlman şi Zinbarg, 2000; Reiss şi colab., 1986; Taylor şi Cox, 1998; Zvolensky şi colab., 2003). În plus, dimensiunile de ordin inferior ale SA sunt, în general, concordante în diverse țări (Bernstein şi colab., 2006; Zvolensky şi colab., 2003), deşi există unele dovezi ale faptului că scorurile SA pot scădea în timp, chiar şi fără o intervenție terapeutică specifică (Gardenswartz şi Craske, 2001; Maltby, 2001; Maltby, Mayers, Allen şi Tolin, 2005). S-a discutat mult

dacă SA este diferită de anxietatea ca trăsătură (pentru analizele respective, a se vedea Lilienfeld, 1996; Lilienfeld, Jacob şi Turner, 1989; McNally, 1994). Opinia curentă este că SA este un construct distinct de ordin inferior, legat, la nivel ierarhic, de dispoziţia mai largă de personalitate a anxietăţii ca trăsătură (Reiss, 1997; Taylor, 1995a).

Validarea experimentală

Dacă SA amplifică reacţiile de frică, atunci o SA accentuată ar trebui să conducă la o stare de anxietate mai intensă, ca reacţie la o gamă mai largă de stimuli (Reiss şi McNally, 1985; a se vedea Taylor, 2000). Acest lucru ar trebui să fie evidenţiat în special în cazul solicitărilor la nivel biologic, care provoacă atacuri de panică în condiţii controlate de laborator sau în alte manipulări experimentale care discriminează simptomele fizice ale anxietăţii (McNally, 1996). De fapt, acum există suficiente dovezi empirice în sprijinul ideii că sensibilitatea fundamentală faţă de anxietate prezice simptome ale anxietăţii după situaţia de confruntare şi atacuri de panică în cazul persoanelor cu sau fără o tulburare de panică diagnosticabilă (pentru treceri în revistă, a se vedea McNally, 2002; Zvolensky, Schmidt, Bernstein şi Keough, 2006). Sensibilitatea accentuată la anxietate prezice o reacţie temătoare şi simptome de panică la inhalarea bioxidului carbon (CO_2); (de exemplu, Rapee, Brown, Antony şi Barlow, 1992; Rassovsky, Kushner, Schwarze şi Wangensteen, 2000; Schmidt şi Mallott, 2006), la hiperventilaţie (Carter, Suchday şi Gore, 2001; Holloway şi McNally, 1987; McNally şi Eke, 1996; Rapee şi Medoro, 1994) şi la ingestia cafeinei (Telch, Silverman şi Schmidt, 1996). Deşi Îngrijorările legate de starea fizică ale ASI pot să constituie singura dimensiune care prezice reacţia de frică în faţa unei provocări de natură fizică (Brown, Smits, Powers, şi Telch, 2003; Carter şi colab., 2001; Zvolensky, Feldner, Eifert şi Stewart, 2001), aceste rezultate experimentale vin în sprijinul validităţii predictive a ASI şi al relevanţei sale specifice în psihopatologia din spectrul panicii (Zvolensky şi colab., 2006).

Specificitatea diagnosticului

Dacă SA este un factor specific de vulnerabilitate referitor la dimensiunea cognitivă a personalităţii în anxietate, atunci ar trebui să fie mult mai pregnant în anxietate, mai cu seamă în tulburarea de panică decât în alte eşantioane clinice sau nonclinice (McNally, 1994, 1996). Indivizii suferind de o tulburare de panică sau de agorafobie înregistrează în medie două abateri standard peste media obţinută la etalonarea ASI (McNally, 1994, 1996; Reiss, 1991; Taylor, 1995a, 2000), iar eşantioanele având o tulburare de anxietate (cu excepţia fobiilor simple) înregistrează scoruri mult mai mari, comparativ cu grupurile suferind de depresie sau cele nonclinice (Taylor şi Cox, 1998; Taylor, Koch şi McNally, 1992). În cadrul tulburărilor de anxietate, persoanele suferind de o tulburare de panică şi de agorafobie obţin scoruri mult mai ridicate decât cele care au TSPT, TAG, TOC, iar cele suferind de fobia socială înregistrează scoruri mult mai ridicate decât grupurile nonclinice de control

(Deacon şi Abramowitz, 2006a; Taylor, Koch şi McNally, 1992a). La nivel simptomatic, ASI prezintă o asociere specifică cu rapoartele de autoevaluare pentru atacurile de panică la populaţiile nonclinice de copii şi de adulţi (de exemplu, Calamari şi colab., 2001; Cox, Endler, Norton şi Swinson, 1991; Longley şi colab., 2006), deşi unele studii au constatat că SA corelează şi cu simptomele depresive (Reardon şi Williams, 2007).

Subscalele ASI par să aibă o specificitate diferită pentru anxietate şi pentru panică. Singura dimensiune specifică tulburării de panică, identificată în ASI, este reprezentată de Îngrijorările legate de starea fizică, în vreme ce Îngrijorările de natură socială pot fi mai relevante pentru fobia socială (de exemplu, Deacon şi Abramowitz, 2006a; Zinbarg şi colab., 1997), iar Lipsa controlului cognitiv poate fi legată de depresie (Cox şi colab., 2001; Rector, Szacun-Shimizu şi Leybman, 2007). Oricum, folosirea ASI pentru screeningul anxietăţii sau al tulburării de panică trebuie să se facă cu precauţie. Hoyer şi colegii săi au examinat acurateţea predictivă a ASI, BAI şi a altor măsurători ale anxietăţii pe un eşantion epidemiologic de 1877 de femei din Dresda, Germania (Hoyer, Becker, Neumer, Soeder şi Margraf, 2002). Niciuna dintre măsurători nu a reuşit singură să identifice cu exactitate tulburările de anxietate, deşi exactitatea predicţiilor a fost mai mare atunci când s-a urmărit o tulburare specifică, folosindu-se chestionare mai specifice pentru simptome (de exemplu, screeningul agorafobiei folosind Inventarul Mobilităţii - *Mobility Inventory*). Prin urmare, ar fi absolut incorect să presupunem prezenţa sau absenţa tulburării de panică bazându-ne doar pe scorul individual la ASI.

Studii prospective

Cele mai bune dovezi empirice ale faptului că SA este un factor de vulnerabilitate referitor la dimensiunea cognitivă a personalităţii pentru tulburarea de panică vin de la studiile longitudinale. Maller şi Reiss (1992) au raportat că scorurile ASI au prezis frecvenţa şi intensitatea atacurilor de panică produse 3 ani mai târziu. În două eşantioane separate de cadeţi ai Aviaţiei Americane evaluaţi înainte şi după 5 săptămâni stresante de instrucţie de bază, ASI a prezis atacuri spontane de panică, acestea apărând la 6% dintre cadeţi pe durata celor 5 săptămâni (Schmidt, Lerew şi Jackson, 1997, 1999). Analizele ulterioare au revelat faptul că SA a prezis schimbări doar pentru simptomele anxioase (adică scorurile la BAI), atunci când s-a controlat asocierea strânsă între anxietate şi depresie. În mod neaşteptat, analiza subfactorilor ASI a arătat că atacurile spontane de panică şi modificările scorurilor BAI au fost prezise mai degrabă de Îngrijorările legate de starea mintală din ASI decât de Îngrijorările legate de starea fizică.

Într-un studiu longitudinal de 4 ani, efectuat la nivel comunitar, adolescenţii având scoruri la ASI constant ridicate sau aflate în creştere erau mult mai predispuşi să sufere un atac de panică decât cei cu scoruri constant scăzute (Weens, Hayward, Killen şi Taylor, 2002). Cu toate acestea, au existat puţine dovezi că trăirea stării de panică ar conduce la creşteri ulterioare ale SA (a se vedea Schmidt, Lerew şi Joiner, 2000, pentru rezultate contrare). Plehn şi Peterson (2002) au coordonat un sondaj prin poştă, după 11 ani de

la evaluarea pentru SA şi pentru anxietatea ca trăsătură a unor studenţi din primul an. După ce variabila reprezentând istoricul simptomelor de panică a fost controlată, doar scorurile iniţiale la ASI au fost un predictor semnificativ al simptomelor tulburării de panică şi al atacurilor de panică în intervalul de 11 ani. În mod surprinzător, anxietatea ca trăsătură, şi nu SA a fost singurul predictor semnificativ al tulburării de panică. Într-un studiu transversal retrospectiv, Îngrijorările legate de starea fizică din ASI şi expunerea la situaţii de viaţă aversive au prezis atacuri de panică şi evitare agorafobică în săptămâna anterioară (Zvolensky, Kotov, Antipova şi Schmidt, 2005). Toate aceste rezultate indică faptul că AS constituie o importantă predispoziţie la nivelul cognitiv al personalităţii pentru atacurile de panică. Este neclar, însă, care dintre subfactorii ASI este predictorul cel mai puternic al panicii şi dacă trăirea stării de panică are un „efect de înspăimântare" asupra SA (adică duce la creşterea SA). McNally (2002) ne aminteşte şi faptul că procentul din varianţă datorat SA este modest, sugerând că alţi factori sunt cu certitudine importanţi în etiologia panicii.

Efectele tratamentului

Există numeroase dovezi că SA răspunde la intervenţii (pentru treceri în revistă, a se vedea McNally, 2002; Zvolensky şi colab., 2006). De exemplu, un program de prevenţie primară care a vizat SA a avut ca rezultat diminuări semnificative ale SA care s-au concretizat în reacţii subiective reduse de frică faţă de o confruntare de natură biologică şi la o scădere semnificativă a psihopatolgiei de pe Axa I la controlul de după 2 ani (Schmidt, Eggleston şi colab., 2007). Astfel, vizarea SA în terapia cognitivă trebuie să producă beneficii imediate şi pe termen lung în diminuarea anxietăţii.

Sensibilitatea la anxietate şi modelul cognitiv

Dovezile empirice care susţin faptul că SA este un factor predispozant specific pentru anxietate, mai ales pentru panică, corespund modelului vulnerabilităţii cognitive al anxietăţii. SA este un construct cognitiv care descrie diferenţele individuale în tendinţa de a interpreta în mod greşit senzaţiile fizice ale anxietăţii, ca fiind ameninţătoare. Un construct specific de vulnerabilitate cognitivă poate avea relevanţă dincolo de panică, în sensul în care interpretarea negativă a anxietăţii subiective şi a simptomelor sale este o consecinţă a activării automate a modului ameninţării (a se vedea Capitolul 2). În Capitolul 3, am discutat despre dovezile empirice ale faptului că judecata emoţională sau o tendinţă de a interpreta simptomele de anxietate într-o manieră negativă sau ameninţătoare constituie un fenomen cognitiv important în anxietate. Ne aşteptăm ca indivizii cu o SA ridicată să fie mai predispuşi să se implice într-o judecată emoţională şi în alte forme de interpretare biasată a propriilor simptome de anxietate decât indivizii cu o SA scăzută.

Bazându-se în parte pe analizele corelaţionale dintre ASI şi Indexul de observare a fricii (a se vedea Taylor, 1995a), Rachman (2004) a ajuns la concluzia că SA, sensibilitatea la boală/rănire şi frica de o evaluare negativă

sunt trăsături distincte de ordin inferior adăpostite ierarhic în constructul mai larg al anxietății ca trăsătură. Toate aceste trei constructe sunt de tip cognitiv, deoarece ele se concentrează asupra unei tendințe de a interpreta greşit în mod negativ sau amenințător informațiile de natură fizică sau socială. Ele descriu vulnerabilități specifice, referitoare la dimensiunea cognitivă a personalității, pentru panică şi pentru stări de anxietate în situații de evaluare socială. Şi totuşi, deşi există dovezi empirice ferme ale faptului că SA este un factor de vulnerabilitate în anxietate, capacitatea sa de a da seama doar de o varianță modestă indică implicarea altor factori referitori la dimensiunea cognitivă a personalității în patogeneza tulburării de anxietate.

Instrucțiuni pentru clinician 4.1

Includeți ASI sau ASI-3 în evaluarea dinainte de tratament, pentru a estima tendința pacientului de a interpreta greşit simptome fizice, cognitive şi sociale în manieră anxioasă sau temătoare.

Controlul personal diminuat

S-a sugerat că teama cea mai mare a oamenilor este aceea de a-şi pierde controlul, ceea ce i-a făcut pe mulți cercetători să considere controlul deficitar o trăsătură esențială a stresului, a anxietății, a depresiei şi a altor aspecte ale distresului psihologic (Mineka şi Kihlstrom, 1978; Shapiro, Schwartz şi Astin, 1996). În prezentarea originilor aprehensiunii anxioase, Barlow (2002) a observat că există o vulnerabilitate psihologică generalizată care interacționează cu o vulnerabilitate biologică generalizată şi cu anumite experiențe de învățare în dezvoltarea unei tulburări de anxietate specifice. *Vulnerabilitatea psihologică* a fost definită ca „inabilitatea cronică de a face față evenimentelor negative incontrolabile şi imprevizibile, iar această senzație de incontrolabilitate se asociază cu un răspuns emoțional cu valență negativă" (Barlow, 2002, p. 254). Anterior, Chorpita şi Barlow (1998) definiseră *controlul* ca „abilitatea de a influența personal evenimentele şi rezultatele în propriul mediu, mai cu seamă a acelora legate de întărirea pozitivă sau negativă" (p.5).

În anxietate, nesiguranța asupra faptului că individul deține nivelul necesar de control asupra unui rezultat negativ anticipat constituie o caracteristică puternică (Alloy şi colab., 1990). Acest sentiment diminuat al controlului personal este o variabilă a diferenței individuale, care se poate dobândi în urma experiențelor din copilărie, legate de independență suprimată, de explorare limitată şi de protecție parentală accentuată. Ca rezultat al experiențelor repetate de confruntare cu evenimente incontrolabile sau imprevizibile pe parcursul primei copilării şi al copilăriei mijlocii, individul dezvoltă un control perceput scăzut asupra situațiilor de viață şi, eventual, o activitate neurobiologică mai intensă a sistemului de inhibiție comportamentală (Barlow, 2002; Chorpita şi Barlow, 1998). Potrivit lui Barlow, aceste convingeri referitoare la controlul personal scăzut constituie o predispoziție a personalității care interacționează cu evenimente de viață

negative sau potrivnice pentru a declanşa anxietatea sau depresia.

Se ştie de multă vreme că o scădere a controlului perceput se asociază cu anxietatea şi că un control diminuat asupra unui eveniment amenințător poate creşte estimarea probabilității pericolului şi a vulnerabilității personale (Chorpita şi Barlow, 1998). Beck şi colab. (1985, 2005) au constatat că teama de a pierde controlul este o caracteristică cognitivă proeminentă pentru numeroase stări de anxietate. Barlow şi colegii săi (Barlow, 2002; Chorpita şi Barlow, 1998) au observat că percepția faptului că se vor petrece evenimente amenințătoare neaşteptate şi imprevizibile este parte a unui sentiment diminuat de control personal asupra evenimentelor potrivnice. Cu toate acestea, nu există suficient suport direct pentru o asociere specifică între controlul diminuat cronic şi anxietate (a se vedea Barlow, 2002; Chorpita şi Barlow, 1998). De fapt, există o tradiție îndelungată în cercetarea locus-ului controlului, a neajutorării învățate, a estimării evenimentelor de viață şi a stilului atribuțional, care recunoaşte un rol al controlului perceput în depresie (de exemplu, Abramson, Metalsky şi Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Safford şi Gibb, 2006; Hammen, 1988). Alloy şi colab. (1990), de exemplu, au afirmat că tendința generalizată de a percepe evenimente negative ca fiind incontrolabile este o cauză distală care contribuie la dezvoltarea depresiei.

Alloy şi colegii săi au mai propus o teorie a neajutorării-lipsei de speranță, care identifică anumite procese cognitive esențiale subiacente comobidității accentuate dintre anxietate şi depresie (Alloy şi colab., 1990). Conform acestei teorii, anxietatea se manifestă atunci când indivizii se aşteaptă să fie incapabili să controleze evenimente viitoare importante, dar sunt nesiguri în privința propriei neputințe, în vreme ce această anxietate se transformă în lipsă de speranță şi în depresie atunci când rezultatele negative devin o certitudine. Din păcate, cercetările privind rolul unui stil cognitiv al controlului diminuat asupra rezultatelor negative ale anxietății, precum şi legătura sa probabilă cu depresia sunt insuficiente (Chorpita şi Barlow, 1998). Această situație se datorează, în parte, lipsei măsurătorilor suficient de sensibile pentru caracterul incontrolabil perceput al amenințării. Pentru a remedia această situație, Chestionarul pentru Controlul Anxietății, cu 30 de itemi (*Anxiety Control Questionnaire* – ACQ) a fost conceput pentru evaluarea controlului perceput asupra simptomelor legate de anxietate, asupra reacțiilor emoționale şi asupra problemelor şi amenințărilor externe (Rapee, Craske, Brown şi Barlow, 1996). ACQ are o bună consistență internă, o bună validitate test-retest la o lună şi corelații moderate cu măsurătorile pentru simptomele anxietății şi ale depresiei (a se vedea, de asemenea, Zebb şi Moore, 1999).

Există dovezi empirice destul de relevante privind o asociere strânsă între anxietate şi un simț diminuat al controlului asupra rezultatelor. Într-un studiu referitor la tulburarea de panică, evitarea agorafobică s-a manifestat cel mai puternic la indivizii cu sensibilitate ridicată la anxietate şi cu percepție scăzută a controlului, măsurată cu ACQ (White, Brown, Somers şi Barlow, 2006). La fel, Hofman (2005) a constatat că anxietatea în fobia socială persistă, deoarece indivizii au un control perceput scăzut asupra emoțiilor şi asupra senzațiilor fizice, atunci când sunt expuşi amenințării sociale (a se vedea, de asemenea, McLaren şi Crowe, 2003; Rapee, 1997, pentru rezultate similare).

În ciuda dovezilor privind asocierea dintre simțul diminuat al controlului asupra rezultatelor potențial amenințătoare şi anxietate, există un număr mare de studii dedicate stilului atribuțional, care indică faptul că un control perceput redus asupra evenimentelor negative trecute poate fi asociat mai degrabă cu depresia decât cu anxietatea. Un stil negativ sau atribuțional pesimist se referă la convingerea că orice cauză a pierderii şi a eşecului din trecut poate fi atribuită deficiențelor personale interne, globale şi stabile sau durabile (Abramson, Seligman şi Teasdale, 1978). Un stil atribuțional negativ poate fi privit ca un simț diminuat al controlului în trecut. Există acum suficiente dovezi ale faptului că stilul atribuțional negativ reprezintă o vulnerabilitate referitoare la dimensiunea cognitivă a personalității pentru depresie (pentru treceri în revistă, a se vedea Alloy şi colab., 2006; Sweeney, Anderson şi Bailey, 1986; de exemplu, Hankin, Abramson și Siler, 2001; Metalsky, Halberstadt şi Abramson, 1987). Cu toate acestea, studiile care au examinat specificitatea stilului atribuțional negativ au constatat că acesta este prezent şi în anxietate, dar într-o măsură mai mică (de exemplu, Heimberg şi colab., 1989; Johnson şi Miller, 1990; Luten, Ralph şi Mineka, 1997).

Reducerea percepută a controlului asupra rezultatelor potențial amenințătoare apare ca un factor important în tulburările de anxietate, în special dacă există şi o incertitudine accentuată în privința amenințării (Alloy şi colab., 1990; Moulding şi Kyrios, 2006). Cu toate acestea, nu s-au întreprins cercetările longitudinale necesare pentru a determina dacă există o convingere persistentă referitoare la controlul personal diminuat asupra amenințării, care ar fi un factor distal cu o contribuție la anxietate, deşi acesta este, probabil, un factor nespecific referitor la dimensiunea cognitivă a personalității prezent atât în depresie, cât şi în anxietate.

Instrucțiuni pentru clinician 4.2

Includeți evaluarea controlului perceput asupra amenințării în formularea cazului. Este importantă evaluarea a două aspecte ale controlului în anxietate: (1) controlul perceput al pacientului asupra reacțiilor emoționale, în special simptome ale anxietății şi (2) evaluarea pe care o fac pacienții propriei abilități de a răspunde amenințărilor anticipate legate de principalele lor îngrijorări privind amenințarea. ACQ poate fi util în evaluarea controlului perceput al anxietății.

EVENIMENTE DE VIAȚĂ CARE PRECIPITĂ APARIȚIA ANXIETĂȚII

S-au propus modele ale vulnerabilității la stres pentru anxietate, deoarece acestea descriu declanşarea tulburării în termenii interacțiunii dintre evenimente de viață negative şi o vulnerabilitate pre-existentă (de exemplu, Barlow, 2002; Chorpita şi Barlow, 1998). Un eveniment de viață, o situație sau o circumstanță care este evaluată ca fiind o amenințare potențială pentru interesele vitale sau de supraviețuire ale individului poate activa o vulnerabilitate subiacentă care va conduce către o stare de anxietate. Această

vulnerabilitate subiacentă poate să implice predispoziții ale personalității, cum ar fi emoționalitate negativă accentuată, anxietate ca trăsătură, sensibilitate la anxietate și o senzație cronică de control redus, precum și mai multe tipuri specifice de vulnerabilitate cognitivă, cum ar fi scheme cognitive exagerat de puternice pentru amenințare și un sentiment exacerbat de slăbiciune și de ineficiență a propriei persoane (a se vedea discuția de mai jos).

Există dovezi ale faptului că un exces de evenimente de viață negative este asociat tulburărilor de anxietate. Într-un studiu extins, bazat pe o populație de gemeni, frecvența evenimentelor de viață deosebit de amenințătoare era asociată creșterii semnificative a riscului dezvoltării unui episod clar de anxietate generalizată (de exemplu, Kendler, Hettema, Butera, Gardner și Prescott, 2003). Într-un studiu retrospectiv, efectuat pe o comunitate de peste 1800 de adulți, vizând nenorocirile de pe parcursul vieții și declanșarea tulburărilor psihiatrice, indivizii care trecuseră prin mai mult de șase evenimente majore de viață sau prin experiențe cu potențial traumatic și care fuseseră expuși suferințelor întreaga viață prezentau un risc crescut pentru episoade depresive sau anxioase (Turner și Lloyd, 2004). S-a demonstrat că experiențele stresante sau potrivnice preced și/sau exacerbează în mod frecvent declanșarea TOC (Cromer, Schmidt și Murphy, 2007), a fobiei sociale, a tulburării de panică, a TAG și, bineînțeles, a TSPT (pentru analize, a se vedea Clark, 2004; Craske, 2003; Ledley, Fresco și Heimberg, 2006; Taylor, 2000, 2006). Trebuie să avem, totuși, în vedere faptul că mulți indivizi dezvoltă o tulburare de anxietate fără să trăiască evenimente de viață negative majore și că majoritatea oamenilor care suferă mai multe nenorociri în viață nu dezvoltă niciodată o tulburare de anxietate (McNally, Malcarne și Hansdottir, 2001).

Deși există dovezi concludente ale faptului că evenimentele de viață joacă un rol etiologic în anxietate, este clar și faptul că acestea au o contribuție mai redusă în anxietate decât în depresie. De exemplu, Kendler, Myers și Prescott (2002) nu au găsit dovezi în sprijinul unui model al vulnerabilității la stres pentru dezvoltarea fobiilor (a se vedea, de asemenea, Brown, Harris și Eales, 1996). Astfel, evenimentele amenințătoare de viață și alte experiențe legate de traume și de nenorociri sunt factori importanți care contribuie la patogeneza anxietății, dar rămân încă multe lucruri necunoscute în ceea ce privește natura exactă a acestor contribuitori proximali și modul în care ei interacționează cu factorii de vulnerabilitate referitori la dimensiunea cognitivă a personalității pentru anxietate.

Instrucțiuni pentru clinician 4.3

Având în vedere importanța evenimentelor stresante orientate către amenințare, a experiențelor nefericite și traumatice în tulburările de anxietate, includeți un istoric de viață în evaluarea dumneavoastră. Formularea cognitivă a cazului ar trebui să cuprindă evaluări ale controlului, ale vulnerabilității percepute și ale rezultatelor așteptate asociate acestor experiențe.

MODELUL VULNERABILITĂȚII COGNITIVE

În prezentarea originală a modelul anxietății, Beck și colab. (1985, 2005) au definit vulnerabilitatea drept „percepția individului despre sine ca fiind supus pericolelor interne sau externe, asupra cărora nu deține deloc control sau are un control insuficient pentru a-și asigura un sentiment de siguranță. În sindroamele clinice, senzația de vulnerabilitate este amplificată de anumite procese cognitive" (Beck și colab., 1985, pp. 67–68). În această formulare, vulnerabilitatea la anxietate este conceptualizată ca o predispoziție pentru interpretarea greșită a unor situații potențial amenințătoare sau noi ca fiind periculoase, nesigure, lăsându-l pe individ într-o stare de neajutorare percepută. În tulburările de anxietate, doar anumite tipuri de amenințare activează această vulnerabilitate cognitivă subiacentă. Odată activat într-o situație specifică, programul cognitiv-afectiv descris în Capitolul 2 (a se vedea Figura 2.1) menține individul într-o stare de anxietate ridicată.

Beck și colab. (1985, 2005) s-au concentrat asupra a două caracteristici principale ale vulnerabilității cognitive. Prima este o tendință susținută de a interpreta eronat anumite tipuri de situații amenințătoare sau noi ca fiind periculoase. Cea de-a doua este o predispoziție pentru percepția propriei persoane ca fiind incompetentă, slabă sau lipsită de resursele proprii pentru a face față anumitor tipuri de situații amenințătoare sau stresante. În formularea prezentă a modelului cognitiv, prima trăsătură a vulnerabilității cognitive este surprinsă în Ipoteza 12, convingerile persistente legate de amenințare, iar a doua este inclusă în Ipoteza 11, vulnerabilitatea personală ridicată. Ambele aspecte ale vulnerabilității trebuie să fie prezente pentru ca un individ să fie predispus din punct de vedere cognitiv la anxietate. În plus, este de așteptat ca vulnerabilitatea cognitivă să manifeste un grad înalt de selectivitate în cadrul vulnerabilității la stres, astfel încât să devină evidentă doar atunci când persoana vulnerabilă anticipează confruntarea cu tipuri specifice de situații potențial amenințătoare. În felul acesta, o tendință persistentă de a interpreta greșit unele tipuri de amenințare potențială și capacitatea individului de a face față acestei amenințări sunt latente până în momentul în care sunt activate de o traumă relevantă sau de alte forme de stres perceput. După ce au fost activate, schemele cognitive ale amenințării vor domina sistemul de procesare a informațiilor ori de câte ori va apărea un stimul relevant legat de amenințare.

Asemenea altor cercetători ai anxietății, și noi credem că vulnerabilitatea cognitivă la anxietate se dezvoltă prin experiențe repetate de neglijare, abandon, umilire și chiar traumă, suferite în copilărie și în adolescență (a se vedea Barlow, 2002; Chorpita și Barlow, 1998; Craske, 2003). Unele practici parentale, cum ar fi protecția exagerată, limitarea independenței și a autonomiei, preocuparea legată de un pericol potențial și încurajarea evadării și a evitării ca răspuns la anxietate ar putea, de asemenea, să contribuie la dezvoltarea unei vulnerabilități cognitive la anxietate. Deși există unele dovezi empirice în sprijinul acestei supoziții, multe dintre ele se bazează pe evaluarea retrospectivă a experiențelor din copilărie (McNally și colab., 2001). Este nevoie de studii longitudinale efectuate pe comunități mari,

care să înceapă în copilărie, pentru a se determina antecedentele legate de dezvoltare ale vulnerabilității cognitive la anxietate.

Prezentarea de față referitoare la vulnerabilitatea cognitivă este în concordanță cu opiniile altor cercetători cognitiv-comportamentaliști. M.W. Eysenck (1992), de exemplu, a propus o teorie a vigilenței exagerate în cazul anxietății, în care indivizii cu o anxietate ca trăsătură ridicată au un sistem atențional orientat către detectarea amenințării, atunci când sunt în situații potențial amenințătoare sau într-o stare de anxietate ridicată. Craske (2003) a sugerat că atât afectivitatea negativă, cât și un stil de reglare emoțională bazat pe amenințare (adică o reacție la stimulare și la distres caracterizată prin evitare și prin așteptări dominate de pericol) sunt factori de vulnerabilitate la anxietate. Rachman (2004) a observat că oamenii pot fi pregătiți să detecteze stimuli ai amenințării și să neglijeze sau să minimalizeze informații despre siguranță. Mathews și MacLeod (2002) au susținut că biasările atenționale și interpretative favorizând amenințarea constituie o vulnerabilitate la anxietate. Iar Wells (2000) a sugerat că elementele constitutive ale vulnerabilității față de tulburările emoționale ar fi convingerile metacognitive (convingerile referitoare la propriile gânduri) rezistente despre îngrijorare, judecățile referitoare la încrederea la nivel cognitiv și importanța acordată monitorizării propriilor procese de gândire.

Atenția pe care o acordăm fundamentului cognitiv al vulnerabilității la anxietate trebuie înțeleasă în contextul altor factori etologici, cum ar fi determinanții biologici și de dezvoltare, AN, anxietatea ca trăsătură, sensibilitatea la anxietate, controlul personal diminuat și altele asemenea. Această perspectivă mai largă asupra vulnerabilității este reprezentată în Figura 4.1.

Schemele cognitive extrem de puternice pentru amenințare și vulnerabilitatea sau slăbiciunea personală percepută sunt constructe cognitive specifice, care reflectă în mod direct constructele ușor mai largi ale sensibilității la anxietatea accentuată, control personal diminuat și sensibilitate față de evaluarea negativă, care, la rândul lor, sunt în relație cu caracteristicile mai vaste ale emotivității negative și ale anxietății ridicate ca trăsătură. Astfel, vulnerabilitatea la tulburările de anxietate presupune interacțiunea unor trasee multiple, fiind generată de domeniile biologic, de dezvoltare, de mediu, al personalității și cel al procesării informațiilor. Bazându-ne pe acest cadru al vulnerabilității, luăm în considerare dovezile empirice referitoare la cele două componente principale ale modelului: o senzație persistentă de vulnerabilitate personală și prezența schemelor cognitive deosebit de puternice pentru amenințare.

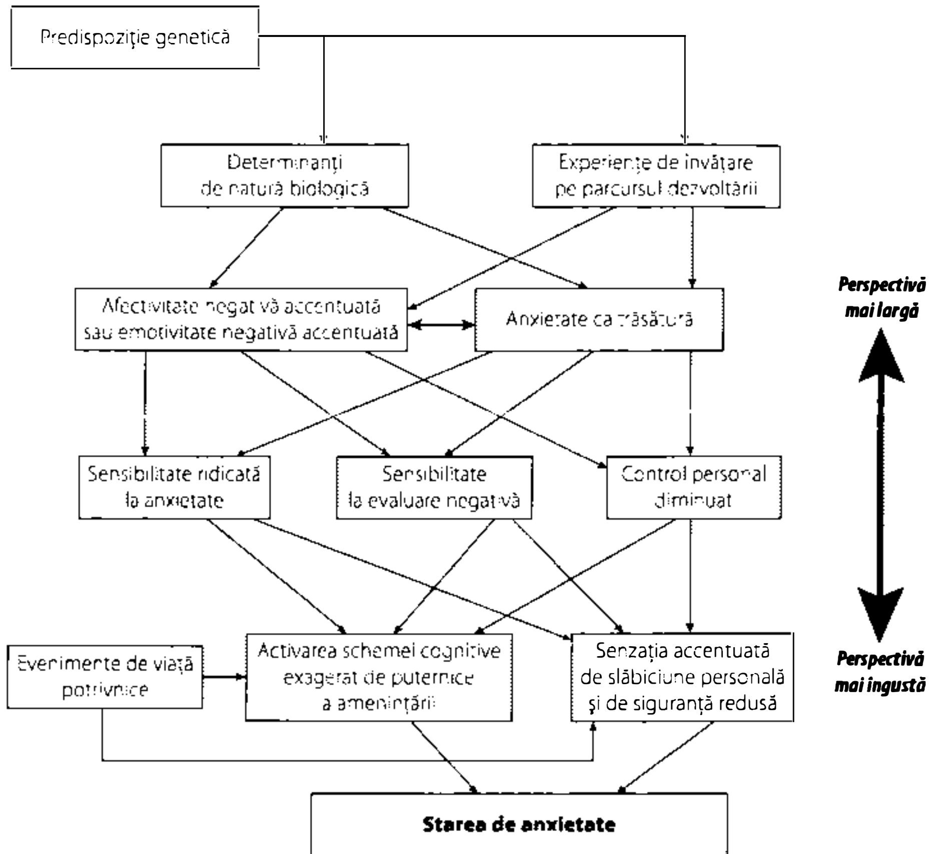


Figura 4.1. Modelul vulnerabilității cognitive în anxietate

Ipoteza 11. Senzația accentuată de vulnerabilitate personală

Indivizii deosebit de anxioşi manifestă o încredere în sine scăzută şi neajutorare percepută mai accentuată în situații relevante pentru amenințările lor selective, comparativ cu indivizii nonanxioşi.

Beck şi colab. (1985, 2005) au considerat că încrederea în sine diminuată şi îndoiala de sine constituie un aspect important al vulnerabilității cognitive la anxietate. În cazul persoanei suferind de anxietate, încrederea în sine este înlocuită cu o perspectivă a vulnerabilității. Când sunt în modul vulnerabilității, indivizii îşi evaluează propriile abilități şi competențe ca fiind nepotrivite pentru a face față unei amenințări percepute. Drept urmare, ei devin ezitanți sau se retrag dintr-o situație într-o manieră autoprotectoare. Atunci când este adoptată o atitudine încrezătoare, individul se concentrează asupra elementelor pozitive ale unei situații, minimalizează pericolele şi poate chiar are un sentiment mai puternic al controlului personal decât atunci când predomină o încredere în sine scăzută (Beck şi colab., 1985, 2005). Adoptarea unui mod încrezător creşte probabilitatea succesului într-o situație

amenințătoare, în vreme ce predominanța modului vulnerabilității tinde să conducă mai degrabă către eșec și consolidează convingerea individului privind propria incompetență, deoarece acesta este asociat îndoielii de sine, nesiguranței și unui răspuns slab sau ezitant în fața unei situații provocatoare. Conceptul lui Bandura (1991) de autoeficacitate percepută scăzută, la fel cu cele de lipsă de control și de imprevizibilitate, sunt factori distali de vulnerabilitate în anxietate, propuși de alți cercetători (de exemplu, Chorpita și Barlow, 1998; Schmidt și Woolaway-Bickel, 2006), care sunt în concordanță cu conceptul de vulnerabilitate cognitivă al încrederii în sine diminuate pentru tipuri selective de amenințări percepute.

Există trei asumpții privind natura stimei de sine scăzute în anxietate. Întâi, lipsa de încredere în sine este foarte specifică grijilor anxioase ale individului. Spre deosebire de depresie, unde găsim o imagine de sine negativă generalizată, stima de sine scăzută în anxietate se manifestă doar în situații relevante pentru grijile anxioase ale individului. De exemplu, un pacient cu o fobie specifică legată de înghițire se simțea descurajat și temător în privința abilității sale de a mânca în prezența altora, dar se simțea foarte competent atunci când apărea pe scenă în fața a sute de oameni ca artist amator. În al doilea rând, lipsa încrederii de sine va determina în mod semnificativ reacțiile de autoprotecție în situațiile anxiogene, reacții de tipul fugii și al evitării, și performanța deficitară în confruntarea cu situația respectivă. Și, în al treilea rând, lipsa încrederii în sine manifestată în reacția față de anumite tipuri de amenințare percepută apare din prima copilărie și ca urmare a altor experiențe de învățare și, astfel, acționează ca un factor de vulnerabilitate pentru dezvoltarea ulterioară a unei tulburări de anxietate.

Dovezi empirice

Primul criteriu pentru vulnerabilitate este sensibilitatea la tulburarea respectivă. Indivizii anxioși ar trebui să manifeste mai puțină încredere de sine în confruntarea cu situații amenințătoare relevante pentru starea lor de anxietate decât indivizii nonanxioși. La fel ca în cazul depresiei, prezența tulburărilor de anxietate se caracterizează printr-o scădere semnificativă a stimei de sine (de exemplu, Ingham, Kreitman, Miller, Sashidharan și Surtees, 1986). De fapt, legătura dintre stima de sine scăzută și anxietate apare cu pregnanță în cercetarea și în teoriile psihologice, în special în cele dedicate anxietății sociale. Numeroase studii au arătat că stima de sine scăzută sau convingerile disfuncționale despre sine sunt corelate cu o anxietate socială ridicată sau cu o timiditate accentuată (de Jong, 2002; Jones, Briggs și Smith, 1986; Kocovski și Endler, 2000; Tanner și colab., 2006; Wilson și Rapee, 2006). Cu toate acestea, trebuie să facem unele specificări în legătură cu natura stimei de sine scăzute în anxietatea socială.

În primul rând, majoritatea cercetărilor indică faptul că lipsa încrederii în sine în fobia socială este specifică situațiilor sociale care implică mai degrabă percepția evaluării din partea celorlalți decât o stimă de sine scăzută la nivel general. De fapt, deseori, este nevoie de o amenințare socială care să amorseze sentimentul lipsei de valoare personală în eșantioanele cu

anxietate socială (de exemplu, O'Banion şi Arkowitz, 1977; Rapee şi Lim, 1992; Stopa şi Clark, 1993). În al doilea rând, nu este clar dacă lipsa încrederii în sine în anxietatea socială reflectă o amplificare a evaluării negative a propriei persoane sau o diminuare a auto-evaluării pozitive. Mansell şi Clark (1993) au constatat că un grup cu anxietate socială severă şi-a amintit mai puţine adjective desemnând o caracteristică pozitivă, însă nu şi-a amintit mai multe adjective negative decât grupul cu anxietate socială scăzută, după ce li s-a prezentat un discurs înregistrat, lung de 2 minute (a se vedea de Jong, 2002; Tanner şi colab., 2006, pentru rezultate similare). Astfel, s-ar putea ca problema primordială în anxietatea socială să fie mai degrabă o reducere a autoevaluării pozitive în situaţii sociale decât o amplificare a imaginii de sine negative. În al treilea rând, încă nu este clar care aspecte ale stimei de sine scăzute pot să fie cele mai importante în fobia socială. Wilson şi Rapee (2006), de exemplu, au constatat că este vorba cu certitudine despre concepţia despre sine redusă în fobia socială, în vreme ce Mansell şi Clark (1999) au constatat că indivizii cu anxietate socială au mai puţine amintiri cu caracter pozitiv pentru adjective desemnând trăsături de natură publică şi nu privată, autoreferenţială. În sfârşit, diferenţele în privinţa stimei de sine pot să depindă de tipul de evaluare: al proceselor automate (adică implicite) sau, dimpotrivă, a celor care necesită efort (adică explicite). Studiile folosind Testul Asocierii Implicite (TAI)/ *Implicit Association Test (IAT)* sugerează că problema stimei de sine reduse în anxietate ar putea fi reflectată mai degrabă de procesele mai controlate, laborioase decât de o biasare evaluativă automată subiacentă (a se vedea de Jong, 2002; Tanner şi colab., 2006).

Cu toate că se ştiu mult mai puţine lucruri despre rolul stimei de sine reduse în alte tulburări de anxietate, există unele cercetări preliminare notabile. Ehntholt, Salkovskis şi Rimes (1999) au constatat că atât grupurile de indivizi anxioşi suferind de TOC, cât şi cele cu indivizi anxioşi nediagnosticaţi cu TOC manifestau mult mai puţină preţuire de sine şi stimă de sine generalizată decât un grup de control nonclinic, dar au ajuns la concluzia că stima de sine redusă generalizată poate fi mai degrabă o consecinţă a anxietăţii decât un factor care predispune la anxietate. Wu, Clark şi Watson (2006) au observat că pacienţii suferind de TOC se remarcau printr-o imagine de sine deosebit de defavorabilă, bazându-se pe analiza profilului a SNAP-2 (*The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*-2) şi stima de sine scăzută a fost implicată în dezvoltarea simptomelor TSPT (Piotrkowski şi Brannen, 2002). Doron şi Kyrios (2005) au sugerat că o concepţie redusă despre sine ar putea constitui o vulnerabilitate subiacentă pentru TOC. De aceea, cercetătorii manifestă un interes tot mai mare pentru rolul pe care stima de sine scăzută şi alte concepte despre sine l-ar putea juca în patogeneza tulburărilor de anxietate.

Rezumat

Deşi există dovezi empirice ale faptului că stima de sine scăzută caracterizează tulburările de anxietate, nu este clar dacă ea reprezintă o cauză sau o consecință a tulburării. Cercetările privind vulnerabilitatea datorată stimei de sine în anxietate au rămas mult în urma literaturii empirice asupra stimei de sine scăzute în depresie. Există două tipuri de studii care sunt necesare pentru a evolua dincolo de stadiul unor simple speculații. Întâi, este nevoie de studii longitudinale, care să clarifice dacă o valoare scăzută a propriei persoane este cu adevărat un factor de predispoziție care contribuie la o tulburare de anxietate. Aceste tipuri de studii sunt practic inexistente în literatura despre anxietate. Şi în al doilea rând, este nevoie să se constate prin cercetări experimentale dacă variațiile în stima de sine au un efect cauzal corespunzător asupra simptomelor anxioase. Dacă încrederea în sine scăzută în confruntarea cu amenințarea este o vulnerabilitate cognitivă pentru anxietate, atunci efectele cauzale trebuie demonstrate.

Dacă stima de sine scăzută este o vulnerabilitate cognitivă pentru anxietate, rezultatele preliminare sugerează că ea este profund specifică conținutului amenințător perceput ca relevant pentru îngrijorările anxioase primare ale individului. În plus, lipsa încrederii în sine este evidentă cel mai probabil în faza a doua a anxietății, în care sunt predominante procesele controlate, care necesită efort în desfăşurare (a se vedea Figura 2.1). Cu toate acestea, nu putem să formulăm o concluzie referitoare la suportul empiric pentru Ipoteza 11, până când se vor efectua şi alte cercetări.

Instrucțiuni pentru clinician 4.4

Când evaluează aspectele legate de valoarea propriei persoane în anxietate, clinicianul trebuie să evalueze nivelul încrederii în sine a pacientului în confruntarea cu situații care exemplifică îngrijorările sale anxioase primare.

Ipoteza 12: Convingeri persistente legate de amenințare

Indivizii vulnerabili la anxietate se pot deosebi de persoanele nevulnerabile prin schemele cognitive dezadaptative preexistente (adică convingeri) privitoare la anumite amenințări sau la pericole specifice şi prin vulnerabilitatea personală asociată, care rămân inactive până în momentul în care sunt activate de experiențe de viață relevante sau de stresori relevanți.

Modelul cognitiv al anxietății (a se vedea Capitolul 2) consideră că activarea automată a modului primar al amenințării este un proces esențial în manifestarea anxietății. Activarea modului amenințării declanşează simptomele care constituie o stare de anxietate. În plus, convingerile sau schemele cognitive disfuncționale care compun modul primar al amenințării au un caracter personal şi chiar idiosincratic pentru fiecare individ. Ele sunt învățate, întâi, prin diverse experiențe pozitive sau negative de amenințare sau

de pericol, pe care le-a trăit individul sau persoane semnificative din anturajul său. În sine, ele sunt reprezentări puternice ale amenințării, care sunt deseori excesive, biasate și dezadaptative în tulburările de anxietate. Aceste scheme cognitive disfuncționale legate de amenințare vor avea ca rezultat estimări exagerate ale probabilității și ale gravității amenințării, subestimarea abilității personale de coping și minimalizarea prezenței siguranței (Beck și colab., 1085, 2005).

În modelul cognitiv, schemele cognitive relevante pentru amenințare constituie principala vulnerabilitate cognitivă față de anxietate. Schemele cognitive legate de amenințare ale individului prezentând această vulnerabilitate nu numai că sunt calitativ diferite de acelea ale individului nonvulnerabil - în sensul că ele conțin informații greșite și o biasare favorizând amenințări specifice - dar sunt și dominante, în sensul că ele vor fi activate de o paletă mai largă de stimuli cu intensitate mai mică. De exemplu, majoritatea oamenilor simt o oarecare anxietate înainte de a susține un discurs public, aceasta activând convingeri de tipul „Este important să-mi iasă bine" și „Sper că publicul va fi receptiv." Totuși, persoana vulnerabilă la anxietate socială va simți o anxietate intensă atunci când este întrebată ceva într-o ședință de lucru, deoarece sunt activate schemele cognitive de genul „Nu pot să vorbesc tare, fiindcă se va observa că-mi tremură vocea", „Vor crede că este ceva în neregulă cu mine", „Se vor gândi că am o problemă de anxietate - o boală mintală." În comparație cu persoana nonvulnerabilă, individul cu anxietate socială are mai multe scheme cognitive extreme, exagerate care conduc către o evaluare exagerată a pericolului. De asemenea, trebuie să menționăm că o situație mult mai puțin amenințătoare reușește să declanșeze schemele cognitive ale amenințării în cazul persoanei anxioase social. În felul acesta, reprezentările schematice ale amenințării sunt, la persoana vulnerabilă, deosebit de puternice și exagerate, determinând o activare mai frecventă și mai intensă. Spre deosebire de persoana nonvulnerabilă, activarea anumitor scheme cognitive ale amenințării în cazul persoanei vulnerabile prezintă tendința de a capta multe resurse de procesare a informațiilor, astfel încât schemele cognitive mai constructive devin relativ inaccesibile pentru aceasta.

Dovezi empirice

Există vreo dovadă a faptului că schemele cognitive sau convingerile relevante pentru amenințare constituie o predispoziție cognitivă puternică pentru stările de anxietate clinică? Noi am analizat numeroase dovezi empirice care corespund unei vulnerabilități cognitive la anxietate care se bazează pe scheme cognitive. În capitolul anterior, numeroase studii întreprinse de către MacLeod, Mogg, Bradley, Mathews și alții au constatat că indivizii nonclinici cu anxietate ridicată ca trăsătură manifestă o biasare atențională în procesarea amenințării, mai ales în condiții de stres (a se vedea analizele realizate de Mathews și MacLeod, 1994, 2002, 2005; Mogg și Bradley, 1998). Mathews și MacLeod (2002) au ajuns la concluzia că indivizii cu anxietate ridicată ca trăsătură au o vulnerabilitate cognitivă la anxietate, reprezentată

printr-un prag mai scăzut pentru trecerea dintr-un mod evitant de procesare a informațiilor la un mod vigilent.

A doua sursă de dovezi în sprijinul unei vulnerabilități la anxietate la nivelul schemelor cognitive provine din studiile analizate în capitolul acesta referitoare la sensibilitatea față de anxietate şi la controlul diminuat. Cu toate că ar fi inexact să descriem ASI ca pe o măsură a convingerilor, acesta evaluează, într-adevăr, estimările care se bazează pe o varietate de convingeri preexistente despre senzațiile fizice ale anxietății. De exemplu, itemul ASI „Mă sperii atunci când îmi pierd suflul" s-ar baza pe o convingere preexistentă, cum ar fi „Mă expun riscului deosebit de a nu mai putea respira, atunci când simt că îmi pierd suflul." Dacă scorurile ridicate la ASI prezic că există o mare probabilitate să apară anxietatea, putem să generalizăm de la aceste rezultate până la convingerile subiacente estimărilor ASI că reprezintă dovezi ale faptului că aceste convingeri constituie vulnerabilitatea față de anxietate. Aceeaşi generalizare se poate face în urma cercetărilor asupra controlului diminuat şi asupra stilului atribuțional negativ în anxietate. Anumite convingeri preexistente despre lipsa de control asupra unor amenințări anticipate se găsesc la baza percepțiilor controlului, făcând ca aceste convingeri să constituie un element important al teoriei conform căreia sentimentul diminuat al controlului personal este un factor al vulnerabilității în anxietate. Pe scurt, noțiunea convingerilor disfuncționale preexistente care predispun la anxietate este o caracteristică a numeroase teorii cognitive ale tulburărilor de anxietate (de exemplu, D.A. Clark, 2004; Ehlers şi Clark, 2000; Wells, 2000; Wells şi Clark, 1997).

CONVINGERI DISFUNCȚIONALE ÎN ANXIETATE

Pentru a investiga rolul convingerilor disfuncționale în etiologia anxietății este nevoie de măsurători specifice pentru convingeri care să evalueze direct conținutul schemei cognitive pentru amenințare. Din păcate, cercetările în domeniul acesta nu sunt la fel de avansate ca studiile experimentale despre biasarea atențională sau ca studiile prospective de scurtă durată asupra vulnerabilității la stres în depresie. Cu toate acestea, încep să apară mai multe cercetări privind rolul schemelor şi al convingerilor relevante pentru amenințare în anxietatea clinică.

În ultimii ani s-au făcut numeroase cercetări ale structurii convingerilor în TOC. Un grup internațional de cercetători, numit Grupul de Lucru pentru Cognițiile Obsesiv-Compulsive (OCCWG) a propus şase domenii ale convingerilor care constituie o vulnerabilitate cognitivă pentru TOC: responsabilitate exagerată, control exagerat al gândurilor, importanță exagerată a gândurilor, amenințare supraestimată, perfecționism şi intoleranță la incertitudine (OCCWG, 1997). Definițiile acestor domenii ale convingerilor se găsesc în Tabelul 11.3.

A fost realizat un chestionar de autoevaluare cu 87 de itemi, Chestionarul de Convingeri Obsesive (OBQ) pentru evaluarea celor şase domenii ale convingerilor în TOC. Analiza ulterioară a factorilor a indicat că se poate reduce la 44 de itemi care evaluează trei dimensiuni ale

convingerilor: responsabilitate/ estimarea amenințării, perfecționism/ intoleranța la incertitudine și importanță/ controlul gândurilor (OCCWG, 2005). Două studii clinice extinse efectuate în mai multe locații bazate pe OBQ cu 87 de itemi au revelat că pacienții cu TOC au obținut scoruri mult mai ridicate decât alte grupuri anxioase non-obsesionale și grupuri nonclinice de control în special la subscalele OBQ pentru Controlul Gândurilor, Importanța Gândurilor și Responsabilitate, iar cele șase scale ale OBQ de convingeri au corelat mai bine cu măsurătorile autoevaluărilor OCD decât cu BAI sau cu BDI (OCCWG, 2001, 2003; a se vedea Steketee, Frost și Cohen, 1998, pentru rezultate similare). Totuși, cele șase subscale ale OBQ sunt puternic intercorelate și au coeficienți de corelații ridicați cu alte măsurători non-OCD, cum ar fi Penn State Worry Questionnaire. În prezent, OBQ este probabil cel mai bun instrument de măsură a convingerilor TOC, deși există unele puncte slabe în validitatea sa de construct.

De asemenea, devine din ce în ce mai clar că doar anumite domenii ale convingerilor, cum ar fi responsabilitatea, importanța și controlul gândurilor, pot fi specifice TOC, în vreme ce alte domenii, cum sunt supraestimarea și perfecționismul sunt comune tuturor tulburărilor de anxietate. Deși există unele discrepanțe între studii, convingerile privitoare la importanța gândurilor și nevoia de a controla gândurile au tins să-i diferențieze pe pacienții cu TOC de alte grupuri cu anxietate; astfel, responsabilitatea și amenințarea supraestimată au prezentat uneori specificitate, dar perfecționismul și intoleranța la incertitudine au fost cel mai adesea nespecifice în cadrul tulburărilor de anxietate (de exemplu, Anholt și coalb., 2006; Clark, Purdon și Wang, 2003; Sica și colab., 2004; Tolin, Worhunsky și Maltby, 2006; a se vedea Emmelkamp și Aardema, 1999, pentru rezultate contrare). În plus, unele convingeri pot fi deosebit de relevante pentru anumite subtipuri ale TOC, cum ar fi importanța/ controlul gândurilor pentru obsesiile simple sau perfecționism/ intoleranța la incertitudine pentru verificarea TOC (Calarami și colab., 2006; Julien, O'Connor, Aardema și Todorov, 2006). De asemenea, analizele de cluster asupra OBQ sugerează că nu toți pacienții cu TOC susțin aceste convingeri ale TOC, acest lucru determinându-i pe unii cercetători să-și pună întrebarea dacă aceste convingeri disfuncționale joacă un rol în toate cazurile de TOC (Calamari și colab., 2006; Taylor și colab., 2006).

Recent, a existat o încercare de a determina dacă convingerile disfuncționale preexistente ar putea prezice prospectiv o amplificare a simptomelor OC. La 85 de părinți care așteptau primul copil li s-a administrat OBQ-44 și alte măsurători ale simptomelor anxioase și obsesionale, înainte de naștere și apoi la 3 luni postpartum (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon și Rygwall, 2006). Majoritatea mamelor și taților au raportat gânduri intruzive stresante privitoare la nou-născuți, la evaluarea de control, iar analizele de regresie au indicat că Scorurile Totale la OBQ preziceau o creștere a simptomelor OC postpartum, așa cum a rezultat din administrarea Scalei de obsesii și compulsii Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) și Inventarul de obsesii și compulsii - revizuit (the *Obsessive-Compulsive Inventory - Revised*). Într-un studiu prospectiv de 6 săptămâni, efectuat pe 377 de studenți, Coles și Horng (2006) au constatat că scorurile totale

OBQ-44 au prezis o accentuare a simptomelor OC măsurate prin scorul total al Inventarului obsesiv-compulsiv, dar interacţiunea dintre convingeri şi evenimentele de viaţă negative nu a ajuns să fie semnificativă. Cu toate acestea, într-un al doilea studiu, Coles şi colegii săi nu au mai reuşit să obţină rezultate care să confirme în întregime aceste constatări (Coles, Pietrefesa, Schofield şi Cook, 2007), cu OBQ-44 arătând doar o tendinţă către pragul de semnificaţie şi nicio interacţiune cu evenimentele negative de viaţă.

Cercetătorii au examinat tipurile de convingeri disfuncţionale găsite în alte tulburări de anxietate. Convingerile dezadaptative preexistente despre îngrijorare şi despre consecinţele sale sunt evidente în îngrijorarea cronică din TAG (Cartwright-Hatton şi Wells, 1997; Dugas şi colab., 2005; Dugas, Gagnon, Ladouceur şi Freeston, 1998; Wells şi Cartwright-Hatton, 2004; Ruscio şi Borkovec, 2004; Wells şi Papageorgiou, 1998a). Wenzel, Sharp, Brown, Greenberg şi Beck (2006) au observat că unele convingeri relevante pentru tulburarea de panică, aşa cum ar fi anticiparea anxietăţii, îngrijorarea în legătură cu catastrofe fizice sau emoţionale şi subestimarea capacităţilor proprii erau mai degrabă asociate simptomelor anxietăţii şi celor ale tulburării de panică decât celor ale depresiei auto-raportate. Indivizii cu anxietate socială pot susţine mai multe scheme dezadaptative timpurii, după cum indică scorurile ridicate la subscalele Chestionarului Schemelor Cognitive Young; este vorba despre scalele de Deprivare emoţională, Vină/Eşec, Indezirabil/Deficitar social, Dependenţă şi altele (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo şi Cunha, 2006). În ansamblu, există unele indicii ale faptului că tulburările de anxietate sunt caracterizate de convingeri dezadaptative rezistente privind ameninţarea şi vulnerabilitatea, dar cercetările sunt încă în fază incipientă şi nu s-a răspuns deocamdată la întrebări fundamentale referitoare la caracterul vulnerabilităţii care se bazează pe scheme cognitive în anxietate.

BIASAREA INDUSĂ PRIVIND INTERPRETAREA AMENINŢĂRII

S-a stabilit până acum cu precizie că tendinţa de a susţine interpretările ameninţătoare ale informaţiilor ambigue este o caracteristică importantă a biasării procesării selective favorizând ameninţarea care caracterizează anxietatea (Mathews, 2006). Cu toate acestea, este mai dificil să se demonstreze faptul că biasarea favorizând procesarea ameninţării şi, prin extensie, activarea schemelor sale cognitive subiacente pentru ameninţare au o influenţă cauzală, deoarece majoritatea cercetărilor au fost corelaţionale sau au presupus design-uri de cercetare transversale. Mathews şi MacLeod (2002) au observat că dovezile care susţin biasarea diferenţiată în grupurile anxioase şi în grupurile nonanxioase, diminuarea biasării favorizând ameninţarea cu ajutorul tratamentului sau activarea diferită a biasării la indivizii cu anxietate ridicată ca trăsătură, spre deosebire de aceia cu anxietate scăzută ca trăsătură, după un eveniment stresant nu pot să excludă o explicaţie non-cauzală, cum ar fi influenţa unei a treia variabile neidentificate. Astfel, cercetările care demonstrează faptul că manipularea experimentală a biasării interpretative cu ajutorul condiţiilor deliberate de training are un impact considerabil asupra emoţiei constituie o dovadă empirică puternică a cauzalităţii în procesul de

evaluare a amenințării. Mai mult decât atât, cercetarea aceasta este importantă pentru vulnerabilitatea cognitivă, deoarece oferă dovezi ale unei precondiții fundamentale a vulnerabilității: că procesarea biasată a informațiilor are un efect cauzal asupra emoției.

Obiectivul fundamental al procedurilor de inducție este acela de a antrena voluntari care să inițieze procesarea selectivă a informațiilor noi, relevante pentru anxietate, şi să evalueze schimbările la nivelul anxietății ulterioare. Trebuie să se demonstreze două efecte. Întâi, faptul că training-ul pentru o biasare diferită a procesării are succes şi că acesta se generalizează la nivelul procesării tuturor informațiilor noi. Iar în al doilea rând, faptul că o creştere sau o diminuare a biasării în procesarea amenințării are ca rezultat schimbări ale nivelului anxietății. O a treia problemă abordată deseori este dacă există diferențe individuale în susceptibilitatea la training-ul pentru biasarea favorizând amenințarea care ar putea sugera o vulnerabilitate accentuată la anxietate.

MacLeod şi colegii săi au întreprins o serie de experimente asupra biasării atenționale induse favorizând amenințarea, pe voluntari studenți. În experimentul tipic, indivizii au fost repartizați aleatoriu pentru training atențional pentru amenințare sau pentru evitarea amenințării în favoarea indicilor neutri emoțional (Mathews şi MacLeod, 2002). Într-o serie de experimente pilot nepublicate (a se vedea discuția, în Mathews şi MacLeod, 2002), MacLeod şi colegii săi au adoptat paradigma *dot probe*, astfel încât participanții au fost repartizați aleatoriu pentru 576 de experimente de trening, în care punctul apărea întotdeauna în locul cuvintelor amenințătoare sau neutre. Analiza a 128 de experimente test a indicat un efect semnificativ al trainig-ului, participanții antrenați să detecteze cuvinte amenințătoare fiind mult mai rapizi în detectarea punctului după un cuvânt neutru. Acest efect al training-ului s-a repetat în alt experiment pilot, în care s-au folosit chipuri fericite şi chipuri furioase.

În primul lor articol important publicat, MacLeod şi colab. (2002) au prezentat două studii în care s-a folosit manipularea experimentală a biasării atenționale. În primul experiment, au fost repartizați 64 de studenți care nu prezentau vulnerabilitate (scoruri medii pentru anxietatea ca trăsătură) să participe la un training pentru condiții „negative" sau unul pentru condiții „neutre." Training-ul a cuprins 576 de teste în care 50% dintre perechile de cuvinte au fost expuse pe durate scurte (adică 20 milisecunde) şi restul de 50% au fost expuse pe durate mai lungi (adică 480 milisecunde). Pe toată durata testelor trening, s-au desfăşurat 96 de teste. În felul acesta, o jumătate dintre participanți au fost antrenați să primească informații negative, iar cealaltă jumătate au fost antrenați să nu primească stimuli negativi (să primească cuvinte neutre). După training-ul *dot probe*, toți participanții au completat o anagramă dificilă. Analiza a revelat faptul că studenții antrenați pentru condiții negative au detectat mai rapid cuvintele negative în teste, în vreme ce participanții antrenați să nu se aştepte la cuvinte negative au manifestat o rapiditate mai mare în urma cuvintelor neutre. Cu toate acestea, acest efect al training-ului a fost detectat doar în testările cu expunere mai lungă, indicând faptul că biasarea diferențiată nu era preconştientă. În plus, training-

ul atențional nu a avut niciun efect imediat asupra dispoziției afective, deși, după stresul anagramei, studenții antrenați să nu aștepte informații negative au manifestat intensificări mult mai reduse ale dispoziției afective negative. Concluzia autorilor a fost că *training-ul pentru evitarea atențională a amenințării* poate să reducă vulnerabilitatea față de reacția emoțională negativă la stres.

În al doilea studiu replică, toate testele training au fost desfășurate cu un interval de expunere mai lung, iar reactivitatea emoțională la stres a fost evaluată înainte și după training-ul atențional (MacLeod și colab., 2002). Analiza a arătat că s-au obținut din nou efecte diferite în urma training-ului și că training-ul atențional care a exclus stimulii negativi a avut ca rezultat lipsa oricărei reacții emoționale negative la stresorul reprezentat de anagramă, în vreme ce grupul care a participat la training-ul atențional negativ a manifestat o reacție emoțională pronunțat negativă față de stresor. Aceste efecte de diferențiere s-au datorat training-ului, deoarece, inițial, grupurile nu s-au deosebit, ele nu au prezentat amplificări ale dispoziției negative la prezentarea inițială a unui exercițiu cu anagramă. Autorii au tras concluzia că training-ul atențional a modificat nivelul răspunsului emoțional la stresorul ulterior. În felul acesta, training-ul nu a avut cel mai mare impact direct asupra dispoziției afective, ci, mai degrabă, a afectat vulnerabilitatea emoțională la stres.

Pentru Ipoteza 12, cea mai mare relevanță o reprezintă o serie de studii publicate pe tema training-ului biasării interpretative. Grey și Mathews (2000) au investigat pentru prima dată în ce măsură pot fi antrenați voluntari cu scoruri normale pentru anxietatea ca trăsătură în biasarea interpretativă pentru amenințare. Indivizii au fost repartizați aleatoriu pentru condiții de training cu omografe amenințătoare sau neamenințătoare, unde aceștia au fost antrenați să completeze un fragment de cuvânt cu un omograf amenințător sau neamenințător. În primul experiment, Gray și Mathews (2000) au constatat că training-ul pentru amenințare a avut ca rezultat generarea mai rapidă a soluțiilor amenințătoare la 20 de itemi importanți ai testului și s-a dovedit că efectul de biasare al training-ului pentru amenințare s-a generalizat la un exercițiu de decizie lexicală din alte două experimente ulterioare. Într-un studiu final care a cuprins un grup de control cu indivizi neantrenați, indivizii expuși la training-ul cu omografe pentru amenințare au dovedit rapiditate mai mare în luarea deciziilor lexicale pentru amenințare decât grupul inițial. Prin urmare, aceste studii au demonstrat că indivizi nonvulnerabili pot fi antrenați pentru o biasare interpretativă favorizând amenințarea față de stimuli ambigui.

Mathews și Mackintosh (2000) au coordonat cinci experimente în care training-ul pentru biasare interpretativă a presupus elaborarea unei interpretări negative (amenințătoare) sau pozitive (neamenințătoare) a unei scurte descrieri a unei situații sociale ambigue. Au fost prezentate 64 de descrieri, urmate fiecare de un fragment de cuvânt care se potrivea cu o interpretare amenințătoare sau neamenințătoare. În primul experiment, voluntarii care fuseseră repartizați aleatoriu pentru training interpretativ al amenințării au completat mai rapid fragmentele de cuvinte negative și au prezentat frecvențe mai ridicate în recunoașterea interpretărilor amenințătoare ale descrierilor ambigue. Mai mult decât atât, a existat un efect direct asupra

dispoziției afective a indivizilor antrenați pentru amenințare, aceştia raportând o accentuare a anxietății după training, deşi efectul acesta asupra dispoziției afective nu s-a repetat în experimentul al doilea. În experimentul al patrulea, în care s-a folosit training-ul interpretativ pentru amenințare, s-a observat o accentuare a stării de anxietate, dar efectele sale au dispărut destul de rapid. Experimentul final a demonstrat că biasarea indusă favorizând amenințarea conduce la o creştere a anxietății doar atunci când este activată prin generarea de sensuri amenințătoare pentru individul respectiv. Concluzia autorilor a fost că rezultatele lor oferă dovezi experimentale directe ale faptului că activarea biasării privind interpretarea amenințării are un rol cauzal în anxietate.

Într-un studiu mai recent, Wilson şi colab. (2006) au folosit inducerea biasării interpretative prin omografe a lui Grey şi Mathews (2000) şi au repartizat aleatoriu 48 de studenți nonanxioşi unor condiții de training pentru amenințare, respectiv pentru lipsa amenințării. Analiza a identificat biasarea diferențială aşteptată în urma training-ului, dar niciun efect direct asupra dispoziției depresive sau anxioase. Cu toate acestea, biasarea interpretativă a avut un impact semnificativ asupra reactivității emoționale față de patru video clip-uri stresante, grupul antrenat pentru amenințare dovedind o accentuare a stării de anxietate ca răspuns la stresor. Autorii au formulat concluzia că biasarea în interpretarea amenințării poate să aibă „o contribuție de natură cauzală la reactivitatea de tip anxios" (Wilson şi colab., 2006, p. 109).

Yiend, Mackintosh şi Mathews (2005) au folosit scenariile sociale ambigue bazate pe text din Mathews şi Mackintosh (2000) pentru a demonstra că inducerea unei biasări a interpretării poate să persiste cel puțin 24 de ore, dar, la fel ca în studiile precedente, nu au detectat niciun efect direct semnificativ asupra stării de anxietate. În alt studiu, Mackintosh, Mathews, Yiend, Ridgeway şi Cook (2006) au constatat din nou că biasarea indusă a interpretării a durat peste 24 de ore şi a rezistat schimbărilor de mediu în intervalul dintre training şi testare. Acest efect persistent al training-ului inducției s-a repetat şi în al doilea experiment, în care s-au folosit scenarii bazate pe texte care implicau o amenințare fizică potențială. Mai mult decât atât, indivizii care au urmat un training pentru interpretare negativă au manifestat cele mai pronunțate intensificări ale stării de anxietate după ce au vizionat, la o zi după training, video clip-uri stresante reprezentând accidente. Un studiu replică realizat de Mathews şi Mackintosh (2000) nu a reuşit, însă, să determine cu claritate că efectele training-ului în biasarea interpretativă s-ar generaliza în indici ai procesării interpretative care se deosebesc de sarcina training-ului, deşi ei au constatat că indivizii antrenați pentru interpretare negativă au prezentat o intensificare pronunțată a stării de anxietate (Salemink şi colab., 2007a). Cu toate acestea, un al doilea experiment a obținut rezultate negative, training-ul pentru o biasare interpretativă pozitivă, respectiv negativă, neavând niciun efect semnificativ asupra anxietății ca stare sau asupra reactivității emoționale la stres (Salemink şi colab., 2007b). Toate aceste rezultate indică faptul că efectele training-ului interpretativ rezistă în timp şi în medii diferite şi, posibil, în contexte diferite de stimuli, şi că transformările petrecute la nivelul reactivității emoționale în urma training-ului pot, de asemenea, să aibă o oarecare durabilitate.

Într-un număr special din *Journal of Abnormal Psychology*, o serie de studii bazate pe training în biasarea cognitivă au demonstrat că se pot obţine beneficii terapeutice importante pregătindu-i în mod direct pe indivizii anxioşi să genereze interpretări inofensive sau pozitive când li se prezintă materiale cu caracter emoţional ambiguu sau să răspundă selectiv la stimuli neameninţători; procedurile au fost etichetate ca *modificare a biasării cognitive* (pentru amănunte, a se vedea MacLeod, Koster şi Fox, 2009). Există patru studii deosebit de relevante pentru demonstrarea statutului cauzal al biasării favorizând ameninţarea. În primul studiu, studenţi dintr-un lot nonclinic, care au fost pregătiţi timp de mai multe zile să evite în mod selectiv cuvintele negative din punct de vedere emoţional sau cuvintele ameninţătoare, folosind acasă un program *dot probe*, au obţinut scoruri semnificativ mai scăzute pentru anxietatea ca trăsătură şi reactivitate mai slabă la stresul indus de un stresor cu care s-au confruntat la 48 de ore după training decât un grup de control care nu a fost antrenat (MacLeod şi Bridle, 2009).

În al doilea studiu, persoane cu un nivel ridicat de îngrijorare antrenate să recurgă la sensurile neameninţătoare ale unor omografe legate de ameninţare şi ale unor scenarii ambigue din punct de vedere emoţional au prezentat mult mai puţine intruziuni ale gândurilor negative şi anxietate diminuată în timpul unui exerciţiu focalizat de respiraţie, comparativ cu grupul de control care nu beneficiase de training (Hirsch, Hayes şi Mathews, 2009). În două studii finale implicând training-ului atenţional, în care s-a folosit sarcina *dot probe*, indivizii cu TAG antrenaţi să se îndrepte în mod selectiv spre cuvinte neutre au prezentat o diminuare semnificativă a biasării atenţionale favorizând ameninţarea şi o diminuare a simptomelor anxioase (Amir, Beard, Burns şi Bomyea, 2009), iar, în al doilea studiu similar, participanţii cu anxietate socială antrenaţi să se detaşeze de stimulii sociali negativi au raportat, de asemenea, o diminuare semnificativă a anxietăţii sociale şi a anxietăţii ca trăsătură, comparativ cu grupul de control neantrenat (Schmidt, Richey, Buckner şi Timpano, 2009). Împreună, aceste studii indică faptul că training-ul în biasarea cognitivă poate să fie eficace în diminuarea anxietăţii, ceea ce oferă o dovadă în plus a existenţei unui fundament cauzal al biasării care favorizează ameninţarea în anxietate.

Rezumat

Există relativ puţine cercetări în domeniul vulnerabilităţii cognitive la anxietate care să fi folosit chestionare de autoevaluare a convingerilor disfuncţionale privind ameninţarea, cu excepţia câtorva studii care au raportat rezultate contradictorii legate de convingerile persistente în TOC. Totuşi, studiile experimentale mai recente care au folosit protocoale de training diferite au demonstrat că se poate crea o biasare a interpretării ameninţării la individul nonanxios care poate fi similară biasării procesării selective în favoarea ameninţării care caracterizează anxietatea. Dovezi ale unei anumite rezistenţe în timp şi ale transferului stilului indus de procesare în cazul stimulilor noi şi în cazul schimbării contextului ambiental sugerează că aceste efecte ale training-ului pot fi destul de solide. Cu toate acestea, efectele

cauzale ale biasării induse în interpretarea amenințării asupra anxietății nu sunt simple. Se pare că efectele training-ului asupra anxietății apar cel mai probabil atunci când biasarea indusă este activată când li se cere indivizilor să creeze sensuri amenințătoare pentru propria persoană (Mathews și Mackintosh, 2000) sau, posibil, atunci când biasarea interpretării activează o imagerie amenințătoare pentru individ (Hirsch, Clark și Mathews, 2006). În plus, efectele corespunzătoare dispoziției afective produse de biasarea indusă a interpretării sunt mai pregnante în situația expunerii la un stresor. Astfel, dovezile prezente indică faptul că biasarea în interpretare are un rol cauzal în modificarea vulnerabilității la reactivitatea emoțională. Oricum, cercetările acestea sunt în stadiu incipient și multe întrebări fundamentale rămân fără răspuns.

Training-ul pentru biasarea pozitivă a interpretării se poate dovedi un tratament eficace pentru stările de anxietate clinică. Studiile referitoare la modificarea biasării cognitive au demonstrat reduceri importante ale simptomelor anxioase. Mathews și colab. (2007) au constatat că training-ul pentru biasarea pozitivă a interpretării a redus scorurile anxietății ca trăsătură. În plus, folosirea imageriei în timpul training-ului pentru interpretare poate să îmbunătățească efectele training-ului, după cum indică diminuarea anxietății ca stare și amplificarea afectivității pozitive (Holmes, Mathews, Dalgleish și Mackintosh, 2006; a se vedea, de asemenea, Holmes, Arntz și Smucker, 2007). Prin urmare, rezultatele actuale sunt deosebit de promițătoare și constituie cea mai puternică dovadă experimentală obținută de noi până acum în sprijinul ideii că activarea schemelor cognitive ale amenințării sub forma biasării interpretative în favoarea amenințării contribuie, într-o manieră semnificativă, la reactivitatea de tip anxios la stres. Mai mult decât atât, s-ar putea obține beneficii terapeutice importante din inversarea biasării cognitive preexistente prin antrenarea indivizilor vulnerabili în formularea unor interpretări pozitive ale stimulilor ambigui ai amenințării.

Instrucțiuni pentru clinician 4.5

Training-ul deliberat și susținut în generarea interpretărilor pozitive, neamenințătoare ale situațiilor care poartă o semnificație personală, relevantă pentru grijile anxioase primare ale individului poate să contracareze activarea deosebit de puternică a schemelor cognitive ale amenințării care caracterizează vulnerabilitatea la anxietate.

REZUMAT ȘI CONCLUZIE

În capitolul acesta, am discutat despre câteva constructe propuse în etiologia tulburărilor de anxietate. Deși sunt implicați diverși factori de natură genetică, biologică, de dezvoltare și de mediu în debutul anxietății, suntem convinși că indivizii prezintă și o anumită vulnerabilitate cognitivă la anxietate. După cum este reprezentat în Figura 4.1, modelul cognitiv recunoaște că predispoziția genetică, determinanții biologici, experiențele din

copilărie şi evenimentele de viață potrivnice, toate joacă un rol important în etiologia unei tulburări de anxietate. În acelaşi timp, însă, factorii generali cognitivi ai personalității interacționează cu structuri cognitive durabile mai specifice, constituind modalități suplimentare de exprimare a anxietății.

La nivel mai general, modelul cognitiv recunoaşte faptul că anumite caracteristici ale personalității, cum ar fi emotivitatea negativă intensă sau anxietatea ridicată ca trăsătură sunt factori nespecifici ai vulnerabilității în anxietate. Există acum numeroase dovezi empirice ale faptului că indivizii nonclinici cu anxietate ca trăsătură ridicată manifestă o predispoziție pentru biasarea favorizând procesarea informațiilor legate de amenințare, care este similară celei observate în tulburările de anxietate, mai ales atunci când este indusă prin training sau activată de un stresor (de exemplu, a se vedea trecerea în revistă efectuată de MacLeod şi colab., 2004). Afectivitatea negativă accentuată a fost implicată atât în etiologia anxietății, cât şi în etiologia depresiei. Cu toate acestea, factorii care contribuie la apariția anxietății şi care au o relevanță mai mare se observă la un nivel mai specific. Există în prezent o literatură consistentă dedicată rolului pe care îl are sensibilitatea la anxietate şi, de vreme ce lipsa de control percepută este implicată în mod clar în patogeneza anxietății, este puțin probabil ca influența acesteia să se limiteze la tulburările de anxietate.

În ultima parte a capitolului am discutat despre dovezile care susțin cele două ipoteze finale ale modelului cognitiv. Au apărut recent dovezi ale faptului că convingerile durabile sau schemele cognitive pentru amenințare şi pentru vulnerabilitatea personală sunt factori care predispun la anxietate. Cu toate că cercetările asupra modelului cognitiv al anxietății sunt abia la început, în ultimii ani s-a înregistrat un progres important în demonstrarea statutului cauzal al unei biasări a procesării informațiilor în favoarea amenințării în anxietate. Abia întrevedem, deocamdată, modul în care această cercetare a vulnerabilității cognitive ar putea conduce către tratamente mai eficace pentru tulburările de anxietate.

PARTEA A II-A

TERAPIA COGNITIVĂ A ANXIETĂȚII

STRATEGII DE EVALUARE ȘI DE INTERVENȚIE

Modelul cognitiv generic reformulat al anxietății prezentat în Partea I oferă cadrul pentru evaluarea și pentru formularea de caz și, de asemenea, pentru abordările cognitive și comportamentale ale intervențiilor comune pentru tulburările de anxietate. Din punctul acesta de vedere, terapia cognitivă are un caracter transdiagnostic, vizând structurile și procesele cognitive dezadaptative comune diverselor subtipuri de anxietate. Capitolele care alcătuiesc această secțiune a cărții oferă instrucțiuni amănunțite, cuprinzând toate etapele evaluării cognitive de bază și metodele de tratament relevante pentru toate formele simptomatologiei anxioase. Capitolul 5 analizează măsurătorile standard pentru evaluarea anxietății generale, precum și un cadru general și ilustrații de caz utile în formularea cognitivă de caz pentru anxietate. Capitolul 6 explică modul în care se implementează strategiile intervenției cognitive, ca de exemplu educația, automonitorizarea, restructurarea cognitivă și generarea alternativelor, cu scopul de a modifica evaluările exagerate ale amenințării și ale vulnerabilității și convingerile specifice tulburărilor de anxietate. Capitolul 7 se concentrează asupra rolului esențial al intervențiilor comportamentale cum sunt expunerea, prevenirea răspunsului și modificarea comportamentală dirijată în terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. Împreună, aceste capitole formulează instrucțiunile fundamentale pentru implementarea strategiilor de bază în intervenția cognitivă și comportamentală, pe care se întemeiază terapia cognitivă specifică fiecărei tulburări și care vor fi analizate în Partea a III-a.

CAPITOLUL 5

EVALUAREA COGNITIVĂ ȘI FORMULAREA DE CAZ

Această Eră a Anxietății pe care o trăim este, în mare măsură, rezultatul încercării noastre de a înfăptui obiectivele prezentului folosind unelte din trecut.

– *MARSHALL McLUHAN*
(Academician și scriitor canadian, 1911–1980)

Sharon este o femeie de 52 de ani, necăsătorită, care a fost consultant IT la o mare companie de publicitate. Ea a fost angajată la firma aceasta timp de 10 ani și postul ei a impus comunicarea zilnică cu un număr mare de angajați, care îi solicitau ajutorul atunci când aveau probleme cu computerele. Prin urmare, ea intra zilnic în contact cu aceste persoane care aveau probleme legate de computere și de rețele informatice și lua legătura cu superiorii săi atunci când existau întrebări referitoare la tehnologia informațiilor.

Sharon a hotărât să încerce să trateze ceea ce descria ca „lupta sa de-o viață cu anxietatea". Ea a spus că problema principală era anxietatea accentuată pe care o resimțea de fiecare dată când interacționa cu colegii de serviciu. În afara locului de muncă, observase că se confruntă doar cu o formă ușoară de anxietate și, de aceea, s-a gândit să apeleze la tratament doar cu 6 luni în urmă, atunci când a observat o intensificare semnificativă a nivelului de anxietate la serviciu. A refuzat tratamentul farmacologic sugerat de medicul de familie și a ales în schimb să apeleze la un psiholog pentru psihoterapie. Înainte de a începe terapia cognitivă, a fost nevoie de clarificarea unor aspecte referitoare la anxietatea lui Sharon. Care era natura tulburării de anxietate și care au fost primele simptome ale anxietății? Ce stimuli externi sau interni au declanșat anxietatea? Care erau gândurile sale anxioase automate și evaluările exagerate ale amenințării și ale vulnerabilității personale? Era cumva extrem de intolerantă la anxietate și era hipervigilentă față de anumite

simptome ale anxietății? Cum a încercat să facă față anxietății ridicate? Îngrijorarea și evitarea erau cumva reacțiile sale predilecte la anxietate? Cum interpreta incapacitatea sa de a-și controla anxietatea? Acestea sunt câteva dintre întrebările la care s-a încercat să se răspundă în ședințele de evaluare a lui Sharon și care au permis formularea cognitivă individualizată de caz prezentată la sfârșitul acestui capitol.

Evaluarea și formularea de caz reprezintă o punte între teoria cognitivă și tratament cognitiv. Încă de la începuturile sale, teoria cognitivă a subliniat importanța evaluării întemeiate pe teorie ca fundament al unei psihoterapii eficace. În primul manual de terapie cognitivă publicat, Beck, Rush, Shaw și Emery (1979) au subliniat faptul că formularea diagnosticului, stabilirea obiectivelor tratamentului, familiarizarea pacientului cu modelul cognitiv și selectarea simptomelor țintă sunt elemente esențiale în tratamentul depresiei.

Instrumentele pentru evaluare și pentru formularea de caz aflate acum la îndemâna terapeutului cognitivist sunt mult mai precise decât cele disponibile în primii ani ai terapiei cognitive. De exemplu, J.S. Beck (1995, 2005) a elaborat o schemă cognitivă de conceptualizare a cazului mult mai detaliată și mai nuanțată, care poate fi aplicată tulburărilor de anxietate. Ea susține importanța conceptualizării care ajută terapia să se concentreze asupra problemelor și a proceselor esențiale subiacente tulburării psihologice. Eșecul tratamentului în cazuri dificile poate fi deseori o consecință a conceptualizării de caz incomplete sau greșit coordonate (J.S. Beck, 2005). Persons și colegii (Persons, 1989; Persons și Davidson, 2001) au creat unul dintre cele mai comprehensive modele pentru formularea de caz, insistând asupra caracterului său individual, fundamentat teoretic și asupra potențialului său de a genera ipoteze. Protocoalele de tratament cognitiv-comportamental pentru tulburări de anxietate specifice, cum sunt tulburarea de panică (S. Taylor, 2000), fobia socială (Elting și Hope, 1995), TAG (Turk, Heimberg și Mennin, 2004; Wells, 1997) și TOC (D.A. Clark, 2004) subliniază, la rândul lor, importanța rolului evaluării cognitive și al formulării de caz.

În capitolul acesta vom prezenta o schemă a formulării de caz pentru anxietate, bazată pe modelul cognitiv (vezi Figura 2.1). Este descris un cadru general pentru conceptualizarea cognitivă de caz care se poate aplica tuturor tulburărilor de anxietate. Aplicațiile directe ale acestei scheme pentru conceptualizarea de caz vor fi prezentate în cadrul capitolelor dedicate fiecărei tulburări în parte. Prima parte a capitolului trece în revistă măsurătorile relevante pentru diagnostic și pentru simptomele anxietății care sunt un instrument important de evaluare în terapia cognitivă a anxietății. Urmează apoi o analiză referitoare la evaluarea activării imediate a fricii (Faza I) și a consecințelor acesteia. A treia secțiune prezintă evaluarea proceselor secundare, de sinteză care conduc la reevaluarea amenințării și a vulnerabilității personale. Capitolul se încheie cu o ilustrare de caz a formulării cognitive a anxietății și cu prezentarea dificultăților care pot apărea în acest stadiu al tratamentului.

DIAGNOSTICUL ŞI EVALUAREA SIMPTOMELOR

Primele două sau trei şedinţe trebuie să fie dedicate evaluării care va permite o formulare preliminară de caz. Figura 5.1 ilustrează o abordare ramificată a evaluării care va fi prezentată în faza iniţială a terapiei cognitive pentru anxietate.

Interviuri pentru stabilirea diagnosticului

Interviul pentru stabilirea diagnosticului a jucat întotdeauna un rol important în terapia cognitivă. Beck şi colab. (1979) susţin că o evaluare completă a diagnosticului este esenţială pentru stabilirea simptomelor ţintă şi a planului de tratament. Deşi opiniile clinicienilor sunt împărţite în ceea ce priveşte importanţa diagnosticului diferenţial în psihoterapie, ei sunt cu toţii de acord că în timpul interviului pentru stabilirea diagnosticului se obţin informaţii clinice esenţiale. Un interviu pentru stabilirea diagnosticului este important pentru conceptualizarea cazului şi pentru planificarea tratamentului, deoarece:

- oferă informaţii amănunţite despre tipologia, frecvenţa şi severitatea simptomelor existente;
- deseori, sunt evaluate procese cognitive fundamentale în tulburările de anxietate;
- se evaluează declanşatorii situaţionali şi strategiile de coping, în special reacţiile de evitare;
- este stabilit nivelul de distres şi impactul asupra funcţionării zilnice;
- se identifică factorii precipitanţi, evoluţia şi direcţia simptomelor;
- se identifică simptomele concurente şi alte procese psihologice care ar putea complica tratamentul.

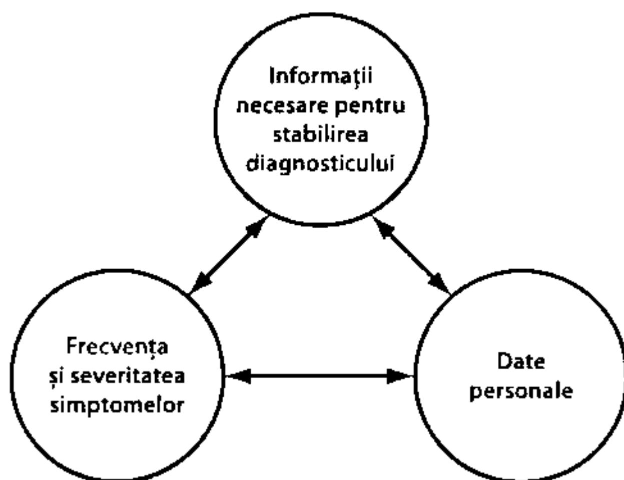


FIGURA 5.1. Trei aspecte ale evaluării în anxietate

Înainte de a întreprinde o evaluare a diagnosticului în intervenția cognitivă, trebuie lămurite două aspecte. Este cu adevărat necesar să se consume timp în plus pentru realizarea unui interviu clinic structurat sau semistructurat ori este suficient un interviu tradițional nestructurat? Care este diagnosticul cel mai bine structurat pentru tulburările de anxietate? Experții sunt de acord că interviurile structurate sau semistructurate trebuie folosite pentru stabilirea statutului diagnosticului în cercetarea clinică (Antony și Rowa, 2005). Aceasta pentru că interviurile structurate sunt mult mai precise în stabilirea unui diagnostic valid decât interviurile clinice nestructurate (Miller, Dasher, Collins, Griffiths și Brown, 2001) și pentru că prezintă o fidelitate inter-evaluatori mai mare (Miller, 2001). Miller (2002) a stabilit că imprecizia diagnosticului în cazul interviurilor clinice tradiționale nestructurate se datorează în mare măsură informațiilor insuficiente. Cum interviurile semistructurate îl obligă pe clinician să evalueze toate simptomele importante, eroarea aceasta legată de strângerea informațiilor este exclusă.

În ciuda superiorității interviurilor semistructurate pentru stabilirea diagnosticului, ele sunt rareori folosite în practica clinică (Antony și Rowa, 2005), deoarece pentru administrarea lor este nevoie de până la 2 ore, intervievatorul trebuie să fie calificat, iar broșurile publicate sunt destul de scumpe. Cu toate acestea, noi considerăm că bogăția de informații oferită de un interviu ca Protocolul pentru Interviul Structurat pentru Tulburările de Anxietate pentru DSM-IV (ADIS-IV) sau Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de pe Axa I conform DSM-IV (SCID-IV) justifică investițiile în resursele clinice (vezi Miller, 2002 pentru analiza costuri-beneficii).

Deși clinicianul are la dispoziție o largă diversitate de interviuri, ADIS-IV (Brown, Di Nardo și Barlow, 1994) și SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon și Williams, 1997) au devenit interviurile cel mai frecvent folosite în America de Nord. Ambele sunt interviuri semistructurate administrate de către clinician și elaborate în scopul obținerii unui diagnostic diferențial bazat pe criteriile DSM-IV-TR (APA, 2000). SCID pentru Axa I are o versiune publicată pentru clinicieni (SCID-CV) care acoperă diagnosticele DSM-IV-TR cel mai des întâlnite în practica clinică, în vreme ce versiunea de cercetare, nepublicată (SCID-RV) este mult mai lungă și include numeroase subtipuri de diagnostic și specificații ale evoluției tulburării (First și colab.,1997). Summerfeldt și Antony (2002) au ajuns la concluzia că SCID este superior din punctul de vedere al varietății diagnosticelor acoperite și că există dovezi ale fidelității inter-evaluatori pentru cele mai multe dintre tulburările diagnosticate cel mai frecvent (Williams și colab., 1992; Riskind, Beck, Berchick, Brown și Steer, 1987). Totuși, SCID-CV alocă doar o scurtă parte screening-ului simptomelor anumitor tulburări de anxietate, cum ar fi fobia specifică, TAG, fobia socială și agorafobia fără tulburarea de panică și nu evaluează istoricul altor tulburări. Pentru a obține un diagnostic corect pentru tulburările de anxietate specifice, SCID-CV trebuie completat cu întrebări suplimentare referitoare la simptome din SCID-RV. Adăugarea ratingurilor dimensionale pentru severitate în cazul declanșatorilor situaționali este, de asemenea, recomandată pentru a obține date clinice importante despre tulburări specifice de anxietate (Summerfeldt și Antony, 2002).

Cel mai bun interviu pentru stabilirea diagnosticului în tulburările de anxietate este ADIS-IV. Cu toate că ADIS-IV are versiuni pentru perioada curentă şi pentru toată durata vieţii care sunt disponibile pentru adulţi, varianta pentru perioada curentă va fi cea mai relevantă în practica clinică. Ea cuprinde secţiuni pentru fiecare tulburare de anxietate, precum şi pentru afecţiunile comorbide cele mai frecvente (de exemplu, tulburările de dispoziţie afectivă, ipohondria, abuzul sau dependenţa de alcool/ droguri). În fiecare secţiune a tulburării de anxietate sunt obţinute ratinguri de severitate şi de distres pentru simptomele specifice şi sunt incluse Scala Hamilton de evaluare a anxietăţii (Hamilton Rating Scale of Anxiety - HRSA; Hamilton, 1959) şi Scala Hamilton de evaluare a depresie (Hamilton Rating Scale of Depression - HRSD; Hamilton, 1960) care pot fi administrate în timpul interviului. Deşi ADIS-IV acoperă toate criteriile esenţiale de diagnostic pentru tulburările de anxietate, acesta depăşeşte DSM-IV-TR, deoarece oferă informaţii despre fenomenele psihopatologice vizate în intervenţiile pentru anxietate (de exemplu, manifestarea parţială a simptomelor, evitarea, declanşatorii situaţionali şi aprehensiunea).

ADIS-IV are o fidelitate inter-evaluatori crescută pentru tulburările de anxietate şi de dispoziţie afectivă conform DSM-IV-TR (vezi analiza efectuată de Summerfeldt şi Antony, 2002). Brown şi Barlow (2002) au constatat că versiunile ADIS-IV pentru perioada curentă sau pentru toată durata vieţii au o fidelitate excelentă inter-evaluatori pentru diagnosticele principale bazate pe un eşantion clinic de 362 de pacienţi trataţi ambulatoriu (vezi, de asemenea, Brown, Di Nardo, Lehman şi Campbell, 2001). Coeficienţii Kappa pentru două interviuri independente administrate într-un interval de 2 săptămâni s-au situat între 0,67 pentru TAG şi 0,86 pentru fobia specifică. Cel mai frecvent s-au înregistrat neconcordanţe între intervievatori atunci când a trebuit să se decidă dacă un caz îndeplinea criteriile minime pentru o anumită tulburare de anxietate, precum şi în cazul variantei informaţiilor de la un interviu la celălalt (adică pacienţii ofereau informaţii diferite pentru intervievatori diferiţi). Summerfeldt şi Antony (2002) au constatat că, deşi ADIS-IV oferă informaţii şi evaluări dimensionale mai detaliate pentru simptomele anxioase, administrarea acestuia necesită mai mult timp şi evaluează un grup mai restrâns de tulburări. ADIS-IV se poate achiziţiona de la Oxford University Press/ Graywind Publications.

Instrucţiuni pentru clinician 5.1

Administraţi versiunea curentă a ADIS-IV înainte de a implementa o procedură de terapie cognitivă pentru anxietate. ADIS-IV facilitează obţinerea unui diagnostic precis şi oferă informaţii esenţiale despre simptomele celor cinci tulburări de anxietate analizate în acest volum.

Instrumente de măsurare a simptomelor

Există mai multe chestionare de autoevaluare şi scale de evaluare standardizate pentru clinicieni, care pot fi folosite pentru evaluarea frecvenței şi a severității simptomelor de anxietate. Ne vom opri acum asupra măsurătorilor cu caracter mai larg şi mai general pentru anxietate şi, în capitolele următoare, vom prezenta măsurători specifice fiecărei tulburări. Instrumentele standardizate de măsură a simptomelor generale ale anxietății sunt utile, deoarece oferă:

- o perspectivă largă sau detectarea mai multor simptome anxioase;
- o estimare a severității simptomelor care este importantă pentru evaluarea eficacității tratamentului;
- accesul la date de etalonare, astfel încât să se poată determina severitatea relativă a stării de anxietate;
- posibilitatea de a repeta administrarea pe parcursul tratamentului, pentru a putea monitoriza progresul, precum şi clusterii de simptome identificate care nu au răspuns la tratament.

De-a lungul anilor, s-au construit o multitudine de instrumente generale de măsură pentru anxietate. Secțiunea următoare prezintă câteva dintre cele pe care le considerăm mai relevante pentru terapia cognitivă a anxietății. Cartea publicată de Antony, Orsillo şi Roemer (2001) oferă o prezentare mai detaliată a măsurătorilor pentru anxietate.

Inventarul Beck pentru Anxietate

Inventarul pentru Anxietate al lui Beck (BAI; Beck şi Steer, 1990) este un chestionar cu 21 de itemi care evaluează severitatea simptomelor anxioase pe o scală de la 0 („deloc") până la 3 („sever, aproape de nesuportat"). Conform manualului (Beck şi Steer, 1990), intervalul pentru limite normale al Scorului Total BAI este 0-9, pentru anxietatea uşoară este 10-18, pentru severitate moderată este 19-29 şi anxietatea severă se înscrie între 30 şi 63. Studiile psihometrice indică faptul că BAI are o consistență internă ridicată (alpha=0,92) şi o validitate test-retest la un interval de o săptămână de 0,75 (Beck, Epstein, Brown şi Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck şi Clark, 1993). Scorul Total BAI corelează moderat cu alte măsurători ale simptomelor anxioase cum sunt Scala Hamilton pentru Evaluarea Anxietății- forma revizuită, Inventarul pentru Anxietatea ca Stare - Anxietatea ca Trăsătură şi cu evaluările anxietății în jurnalele săptămânale, iar pacienții cu tulburări de anxietate obțin scoruri mult mai ridicate la aceste scale decât aceia având alte diagnostice psihiatrice (Beck şi colab., 1988; Creamer, Foran şi Bell, 1995; Fydrich, Dowdall şi Chambless, 1992; Steer şi colab., 1993). Conform manualului (Beck şi Steer, 1990), mediile scorurilor totale şi abaterile standard ale BAI pentru grupele de diagnostic sunt după cum urmează: tulburarea de panică cu agorafobie (M=27,27, AS=13,11), fobia socială (M=17,77, AS=11,64), TOC (M=21,69, AS=12,42), TAG (M=18,83, AS=9,08) şi tulburarea depresivă

primară (M=17,80, AS=12,20)[1]. Analizele factoriale indică faptul că acest chestionar este multidimensional, având o structură de doi sau de patru factori (de exemplu, Creamer şi colab., 1995; Hewitt şi Norton, 1993; Steer şi colab., 1993). Oricum, doar un sfert dintre itemi evaluează aspectele subiective sau cognitive ale anxietăţii (de exemplu, teama de nenorociri, incapacitatea de a se relaxa, groaza, agitaţia, teama), iar restul evaluează simptomele hiperactivării fiziologice ale anxietăţii. Prin urmare, BAI este un instrument eficace de măsurare a aspectelor fizice ale anxietăţii (mai ales ale tulburării de panică) şi este un indicator corect al efectelor tratamentului, deşi, asemenea majorităţii instrumentelor de măsură a anxietăţii corelează în mare măsură cu instrumentele de autoevaluare a depresiei (de exemplu, D.A. Clark, Steer şi Beck, 1994). BAI este disponibil la Pearson Assessment, *pearsonassess.com.*

Scala Hamilton pentru Evaluarea Anxietăţii

Scala Hamilton pentru Evaluarea Anxietăţii (HRSA; Guy, 1976; Hamilton, 1959) este o scală de evaluare alcătuită din 14 itemi pe care clinicianul o foloseşte pentru a evalua severitatea simptomelor predominant biologice şi comportamentale ale anxietăţii. Fiecare simptom este evaluat pe o scară a severităţii de la 0 („absent") la 4 („foarte grav/ debilitant"), cu descrieri simptomatice pentru fiecare item. Un scor de 14 pe Scala Totală HRSA reprezintă punctul de secţiune care diferenţiază între indivizii suferind de o tulburare de anxietate şi cei care nu prezintă acest diagnostic (Kobak, Reynolds şi Greist, 1993). Scorul Total HRSA are consistenţă internă bună, fidelitate inter-evaluatori şi validitate test-retest la o săptămână ridicate; de asemenea, prezintă o puternică validitate convergentă şi de discriminare şi sensibilitate la tratament (Maier, Buller, Philipp şi Heuser, 1988; Moras, Di Nardo, Barlow, 1992; vezi prezentarea lui Roemer, 2001). Majoritatea indivizilor suferind de depresie majoră obţin scoruri mai mari decât scorul punctului de secţiune, astfel încât acest instrument nu discriminează cu exactitate anxietatea de depresie (Kobak şi colab., 1993). Având în vedere faptul că este nevoie de un anumit grad de calificare pentru administrarea HRSA, măsurătoarea ar putea fi folosită cu precădere în cazurile în care autoevaluarea anxietăţii va fi foarte probabil inexactă (adică indivizi care îşi minimalizează sau îşi exagerează anxietatea). Există o copie a HRSA în Anexa B în Antony şi colab. (2001) sau în anexa la ADIS-IV.

Scala pentru depresie, anxietate şi stres

Scala pentru Depresie, Anxietate şi Stres (DASS; Lovibond şi Lovibond, 1995a, 1995b) este un chestionar cu 42 de itemi, cu câte 14 itemi pentru evaluarea severităţii anxietăţii, depresiei şi a stresului. Subscala de

---

1 Media scorului total BAI pentru grupul suferind de depresie primară (depresie majoră, distimie şi tulburare de adaptare cu dispoziţie afectivă depresivă) a fost obţinută dintr-un set de date (*N*=293) primite la Centrul pentru Terapie Cognitivă, Facultatea de medicină a Universităţii Pennsylvania, pe care le-a avut la dispoziţie primul autor.

anxietate evaluează stimularea sistemului nervos autonom, musculatura striată, aspectele situaţionale şi subiective ale anxietăţii. Pentru Scala Anxietăţii din DASS, 0-7 reprezintă limitele normale, 8-9 reprezintă anxietatea uşoară, 10-14 este moderată, 15-19 este severă, iar 20+ este extrem de severă (vezi Lovibond şi Lovibond, 1995b). Subscala are o consistenţă internă bună, fidelitate temporală şi validitate convergentă (Antony, Bieling, Cox, Enns şi Swinson, 1998a; Brown, Chorpita, Korotitsch şi Barlow, 1997; Lovibond şi Lovibond, 1995a). De exemplu, scala de anxietate DASS înregistrează un coeficient de corelaţie de 0,81 cu BAI, iar scala de depresie DASS - 0,74 cu BDI în eşantioane de studenţi (Lovibond şi Lovibond, 1995b). În plus, indivizii cu tulburare de panică obţin scoruri mult mai ridicate la scala de anxietate DASS, comparativ cu pacienţii suferind de depresie majoră, dar cei cu TOC, fobie socială, TAG şi fobie simplă nu obţin scoruri mai ridicate decât grupul suferind de depresie majoră (Antony, Bieling şi colab., 1998; Brown şi colab., 1997). O versiune mai scurtă a DASS, cu 21 itemi, a fost dezvoltată de Antony, Bieling şi colegii lor (1998); ea are caracteristici psihometrice comparabile cu versiunea originală DASS cu 42 itemi. Deşi scalele de anxietate şi depresie DASS corelează moderat (coeficienţii de corelaţie r~0,45) în eşantioane clinice şi scala de anxietate DASS vizează mai cu seamă stimularea sistemului nervos autonom şi frica (Antony, Bieling şi colab., 1998; Brown şi colab., 1997), ea este o măsurătoare promiţătoare. DASS-42 este disponibil în Anexa B a Antony şi colab. (2001) sau poate fi descărcat direct de pe site-ul *www.psy.unsw.edu.au/dass*. Manualul şi grila pentru punctaj pot fi comandate de pe acelaşi site.

Inventarul pentru anxietate ca stare şi ca trăsătură

Inventarul pentru anxietate ca stare şi ca trăsătură (STAI - Forma Y; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg şi Jacobs, 1983) are două scale a câte 20 de itemi, cu o scală care evaluează anxietatea ca stare („cum te simţi *acum*, adică *în momentul acesta*") şi cu cealaltă care măsoară anxietatea ca trăsătură („cum te simţi *în general*"). Acordând un interes mai mare stării actuale, Scala STAI pentru starea de anxietate are o relevanţă clinică mai mare pentru verificarea eficacităţii terapiei cognitive. Deşi STAI prezintă o fidelitate bună şi validitate convergentă cu alte instrumente de măsură a anxietăţii, capacitatea sa de a discrimina anxietatea de depresie este discutabilă (Roemer, 2001). Din acest motiv, considerăm că există alte măsurători ale simptomelor anxietăţii care îi oferă terapeutului cognitivist o evaluare mai clară. STAI-Forma Y poate fi achiziţionat de la Consulting Psychologists Press, Inc.

Lista de cogniţii

Lista de cogniţii (The Cognition Checklist - CCL; Beck, Brown, Steer, Eidelson şi Riskind, 1987) cuprinde o subscală de anxietate cu 12 itemi (CCL-A) şi o subscală de depresie cu 14 itemi (CCL-D), care evaluează frecvenţa gândurilor negative anxioase şi depresive despre sine pe o scală în 5 puncte, de la 0 („niciodată") la 4 („întotdeauna"). Conţinutul CCL-A este orientat spre temele legate de incertitudine şi de orientarea către viitor

(Beck şi colab., 1987), majoritatea itemilor (71%) vizând gândurile anxioase referitoare la starea fizică sau îngrijorările legate de sănătate. Ambele subscale au consistenţă internă bună, iar analizele factoriale demonstrează încărcarea prevăzută a itemilor CCL pe dimensiunile separate ale anxietăţii şi depresiei, în special la eşantioanele clinice (Beck şi colab., 1987; Steer, Beck, Clark şi Beck, 1994). Deşi CCL-A şi CCL-D sunt moderat corelate, fiecare subscală este mai strâns corelată cu condiţia simptomatică corespunzătoare decât cu cealaltă stare (Beck şi colab., 1987; D.A. Clark şi colab., 1996; Steer şi colab., 1994). În practica clinică, CCL-A oferă o estimare a frecvenţei gândurilor anxioase, mai cu seamă cele privind îngrijorările legate de starea fizică sau de starea de sănătate, acestea fiind cele mai relevante pentru tulburarea de panică. Indivizii cu tulburări de anxietate obţin în mod tipic scoruri medii sau ridicate la CCL-A (Steer şi colab., 1994). O copie a CCL se poate obţine de la Centrul pentru Terapie Cognitivă, Departamentul de Psihiatrie, Facultatea de medicină a Universităţii Pennsylvania, Philadelphia, PA. (The Center for Cognitive Therapy, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia, PA.)

Chestionarul Penn de evaluare a stării de îngrijorare

Chestionarul Penn de evaluare a stării de îngrijorare (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger şi Borkovec, 1990) este un instrument de măsură cu 16 itemi care estimează predispoziţia pentru îngrijorare şi intensitatea experienţelor de îngrijorare fără referiri la subiecte tipice de îngrijorare (Molina şi Borkovec, 1994). Itemii sunt cotaţi pe o scală Likert în 5 puncte, de la 1 („nu este deloc tipic") până la 5 („foarte tipic"), itemii 1, 3, 8, 10 şi 11 având cotare inversă Deşi există unele controverse cu privire la structura factorială a PSWQ (Brown, 2003; Fresco, Heimberg, Mennin şi Turk, 2002), doar scorul total este interpretat. PSWQ are o consistenţă internă şi o fidelitate test-retest bune şi corelează cu alte instrumente de autoevaluare a îngrijorării, dar prezintă o convergenţă scăzută cu măsurătorile pentru anxietatea generală (Brown, Antony şi Barlow, 1992; Davey, 1993; Meyer şi colab., 1990; Molina şi Borkovec, 1994). Comparaţiile efectuate între grupuri indică faptul că indivizii cu TAG obţin scorurile cele mai ridicate la PSWQ, urmaţi de grupuri cu alte tulburări de anxietate şi cu depresie majoră care obţin scoruri ridicate similare, care sunt mult mai ridicate decât ale grupurilor de control cu indivizi nonclinici (Brown şi colab., 1992; Chelminski şi Zimmerman, 2003). Un punct de secţiune de 45 poate fi folosit pentru identificarea îngrijorării patologice sau a TAG la populaţia care solicită tratament (Behar, Alcaine, Zuellig şi Borkovec, 2003), deşi este nevoie de un prag mai ridicat (62 sau chiar 65) pentru a diferenţia TAG de alte tulburări de anxietate şi posibil chiar de depresie (de exemplu, Fresco, Mennin, Heimberg şi Turk, 2003). Având în vedere faptul că îngrijorarea este prezentă în majoritatea tulburărilor de anxietate (şi în depresie), sugerăm includerea PSWQ în evaluarea anxietăţii generale. O copie a PSWQ poate fi găsită în Molina şi Borkovec (1994) sau în Anexa B din Antony şi colab. (2001).

Evaluarea zilnică a dispoziției afective

În practica clinică, evaluările în formă grafică, zilnice, ale nivelului general al anxietății pot fi foarte utile pentru depistarea fluctuațiilor anxietății subiective. De exemplu, Craske şi Barlow (2006) recomandă ca indivizii să completeze un Jurnal Zilnic al Dispoziției Afective, în care, la sfârşitul fiecărei zile, să se estimeze pe o scală de la 0 (deloc) la 100 (extremă) anxietatea generală, anxietatea maximă, tensiunea fizică generală şi preocuparea legată de îngrijorare. Se pot adăuga estimări ale dimensiunilor mai specifice ale simptomelor, care să indice o anumită tulburare de anxietate, cum ar fi estimarea nivelului îngrijorării legate de a avea un atac de panică în tulburarea de panică sau a nivelului mediu zilnic al anxietății evaluative sociale în fobia socială. Este important ca terapeutul cognitivist să evalueze şi modificările în anxietatea generală ca parte a estimării eficacității tratamentului şi în scopul identificării situațiilor care declanşează anxietatea. Aceste informații pot sugera diverse aspecte care trebuie abordate pe parcursul terapiei. Considerăm că o scală unică de la 0 la 100 este cea mai utilă pentru depistarea schimbărilor de zi cu zi în anxietatea generală (vezi Figura 5.2).

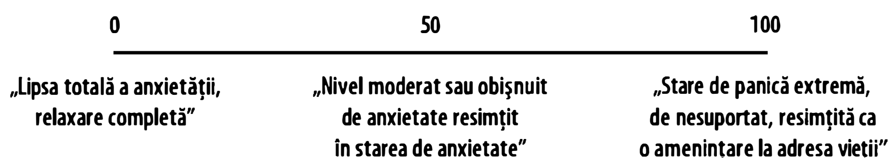


FIGURA 5.2. Scala de evaluare a dispoziției afective zilnice

Această scală de evaluare a fost inclusă într-un formular pentru înregistrarea stării zilnice (vezi Anexa 5.1), care poate fi folosit pentru a evalua fluctuațiile zilnice ale nivelului general de anxietate.

Inventarul Beck pentru Depresie-II

Inventarul Beck pentru Depresie-II (BDI-II; Beck, Steer şi Brown, 1996) este un chestionar cu 21 de itemi, care evaluează severitatea simptomelor cognitiv-afective, comportamentale şi somatice ale depresiei pe durata a 2 săptămâni. BDI-II este a treia şi cea mai recentă ediție revizuită a versiunii originale a BDI, publicată de Beck, Ward, Mendelson, Mock şi Erbaugh (1961). Cea de-a doua ediție revizuită a BDI (Beck şi Steer, 1993) a fost larg aplicată în cercetarea depresiei, astfel încât majoritatea informațiilor psihometrice au fost obținute în conformitate cu această măsurătoare. Oricum, BDI şi BDI-II sunt strâns corelate (r=0,93; Dozois, Dobson şi Ahnberg, 1998), prin urmare rezultatele psihometrice ale BDI sunt relevante pentru BDI II. Deşi BDI are un caracter multifactorial, scorul total este cel mai adesea folosit în practica clinică şi în cercetare (Beck, Steer şi Garbin, 1988). Consistența internă, precum şi validitatea convergentă şi discriminantă a BDI sunt demonstrate de numeroase cercetări (vezi Beck şi colab., 1988, pentru analiză; Tanaka-Matsumi şi Kameoka, 1986). Indivizii cu depresie majoră obțin scoruri mult mai ridicate (M=26,52, SD=12,15) decât cei care suferă de tulburări de

anxietate (*M*=19,38; *AS*=11,46; vezi Beck şi colab., 1996). Scorurile de secţiune (*cut-off scores*) pentru BDI-II sunt 0-13 (fără depresie), 14-19 (uşor depresiv sau disforic), 20-28 (depresie moderată) şi 29-63 (depresie severă) (Beck şi colab., 1996; vezi, de asemenea, Dozois şi colab., 1998). Având în vedere co-ocurenţa simptomelor depresive şi a tulburării la persoanele cu anxietate ridicată, este recomandabil ca BDI-II să fie inclus în bateria de testare standard pentru evaluarea anxietăţii. BDI-II este disponibil la Pearson Assessment, la *pearsonassess.com*.

Instrucţiuni pentru clinician 5.2

Pentru evaluarea severităţii simptomelor anxietăţii generale, administraţi BAI-Inventarul Beck pentru Anxietate, CCL-Lista de cogniţii, PSWQ – Chestionarul Penn pentru evaluarea stării de îngrijorare şi estimările zilnice ale nivelului mediu al anxietăţii. Dacă se doreşte, se poate include DASS-Scala de anxietate, iar HRSA-Scala Hamilton pentru Evaluarea Anxietăţii poate fi folosită atunci când pacienţii exagerează sau minimalizează nivelul anxietăţii. BDI-II trebuie adăugat pentru evaluarea nivelului simptomelor depresive comorbide. O evaluare completă trebuie să cuprindă măsurători ale tulburărilor de anxietate specifice analizate în capitolele următoare.

ACTIVAREA FRICII: EVALUARE ŞI FORMULARE

Pornind de la modelul cognitiv (vezi Figura 2.1), vom prezenta în secţiunea aceasta a volumului instrumentele de evaluare care oferă informaţiile esenţiale necesare pentru formularea de caz a reacţiei imediate de frică şi a consecinţelor acesteia. Cercetările experimentale referitoare la reacţiile imediate de frică folosesc sarcini de procesare a informaţiilor şi măsurători psihofiziologice care nu sunt disponibile pentru terapeut. Oricum, practicianul poate folosi metodele autoevaluării, interviului şi observaţiei comportamentale care se bazează pe procesarea conştientă, elaborată, pentru a obţine informaţii preţioase despre reacţia imediată de frică a unei persoane.

Un principiu de bază al terapiei cognitive enunţă posibilitatea deducerii conţinutului schematic, inaccesibil observaţiei sau detectării directe, din relatarea verbală conştientă a gândurilor, imaginilor, reveriilor, ruminaţiilor, evaluărilor formulate de persoana respectivă. Beck (1967) a notat: „Schemele cognitive constituie tipare ale fluxului asociaţiilor şi al ruminaţiilor, precum şi ale reacţiilor cognitive la stimuli externi. Din acest motiv, noţiunea de scheme cognitive este folosită pentru a desemna temele recurente din asociaţiile libere, din reverii, ruminaţii şi din vise, precum şi din reacţiile imediate la evenimentele din mediu" (p.283). Dacă schemele ghidează gândirea conştientă, atunci activarea diferenţială şi conţinutul schemelor pot fi deduse din conţinutul comunicării verbale (vezi, de asemenea, Kendall şi Ingram, 1989). Mai mult decât atât, există o legătură directă între procesele automate şi cele de sinteză elaborate, după cum indică dovezile că modificările de la nivelul evaluării conştiente sau al semnificaţiei pot modifica biasările automate favorizând ameninţarea (vezi Mansell, 2000) şi că se poate induce

o biasare atenţională automată în urma unui program de training atenţional, care cuprinde intervale scurte şi lungi de procesare (de exemplu, Matthews şi MacLeod, 2002; MacLeod şi colab., 2002). Împreună, aceste observaţii conduc la concluzia *că natura şi funcţia activării schemei automate pentru ameninţare în timpul reacţiei iniţiale de frică pot fi deduse din produsele cognitive, comportamentale şi fiziologice ale acestei activări.*

Pentru orice formulare de caz a reacţiei imediate de frică, trebuie adresate următoarele trei întrebări fundamentale (Faza I).

- Ce situaţii, indicii sau experienţe declanşează reacţia imediată de frică?
- Care este ameninţarea sau pericolul fundamental pentru propria persoană din perspectiva schemelor cognitive?
- Care este reacţia inhibitorie sau defensivă imediată faţă de această ameninţare?

Deşi informaţiile standardizate obţinute din chestionar şi din interviu pot ajuta la formularea de caz, informaţiile cele mai relevante se obţin în urma măsurătorilor ideografice. Acestea sunt formulare de automonitorizare, scale de evaluare şi jurnale care îi permit individului să adune informaţii importante atunci când resimte anxietate. Aceste instrumente sunt adaptate nevoilor specifice şi situaţiilor cu care se confruntă fiecare pacient, astfel încât există posibilitatea strângerii informaţiilor orientate asupra procesului, „online", ceea ce permite obţinerea unei conceptualizării de caz mai exacte.

Observaţia comportamentală este altă metodă de evaluare care poate oferi informaţii clinice importante despre reacţia imediată de frică. Unele stări de anxietate, ca de exemplu fobia socială, TOC şi TSPT pot fi discriminate cu uşurinţă în şedinţa de terapie, prin introducerea declanşatorilor relevanţi pentru anxietate. În cazul altor tulburări de anxietate, precum panica şi TAG, este mai dificil de declanşat o reacţie imediată de frică. Deseori, terapeutul îl însoţeşte pe pacient în situaţii externe anxiogene specifice, cu scopul de a observa starea anxioasă. În ambele cazuri, observarea directă a reacţiei de frică permite obţinerea unor informaţii detaliate asupra naturii, severităţii şi caracteristicilor funcţionale ale reacţiei imediate de frică. Considerăm că este important ca fiecare terapeut să aibă cel puţin o dată ocazia de a observa fiecare pacient în timpul unei stări de anxietate acută, pentru a construi o formulare corectă de caz şi pentru a elabora un plan de tratament individualizat.

Instrucţiuni pentru clinician 5.3

Automonitorizarea zilnică şi observaţia comportamentală directă sunt strategii importante de evaluare care ar trebui să facă parte din orice evaluare şi din orice formulare de caz pentru anxietate. Ambele strategii sunt esenţiale pentru stabilirea naturii activării imediate a fricii.

Analiza situațională

O conceptualizare cognitivă de caz în anxietate ar trebui să înceapă cu o evaluare amănunțită a situațiilor, experiențelor și a stimulilor care declanșează anxietatea. Terapeutul cognitivist poate să înceapă la nivelul cel mai general, interesându-se de problemele sau de dificultățile care au condus la decizia de a apela la tratament. În cazul tulburărilor de anxietate, construirea unei Liste de probleme (vezi Persons și Davidson, 2001) va conduce în mod inevitabil către o discuție privind situațiile care declanșează anxietatea. Trebuie evaluate trei tipuri de situații (vezi, de asemenea, Antony și Rowa, 2005). Tabelul 5.1 prezintă câteva întrebări clinice, care pot fi adresate în interviul de evaluare.

Declanșatori din mediul extern

Informațiile despre stimulii, situațiile sau experiențele externe sau interne, care declanșează o stare de teamă sau de anxietate sunt o parte esențială a unei strategii de evaluare bazate pe dovezi în tulburările de anxietate (Antony și Rowa, 2005). Este important ca terapeutul cognitivist să obțină o listă amănunțită a situațiilor provocatoare de anxietate, cuprinzând suficiente detalii pentru a-i permite înțelegerea tuturor stimulilor specifici care declanșează un răspuns anxios. Practic, în toate cazurile se pot identifica obiecte, evenimente sau situații din mediul extern, care declanșează anxietate. Exemplele de situații care determină anxietatea cuprind o varietate de contexte sau de interacțiuni sociale în fobia socială, în TAG sunt evenimente zilnice care presupun un oarecare grad de incertitudine sau posibilitatea obținerii unui rezultat negativ (de exemplu, plecarea într-o excursie, programarea unei întâlniri, achitarea facturilor) sau, în TOC, sunt predominante situațiile care produc teama de contaminare sau îndoiala (de exemplu, o toaletă, șederea pe o bancă în parc). Datorită faptului că o cunoaștere amănunțită a situațiilor care determină anxietatea este esențială pentru formularea de caz, pentru planificarea tratamentului și, mai târziu, pentru intervențiile folosind expunerea, terapeutul trebuie să întocmească o listă cuprinzătoare a situațiilor declanșatoare, începând cu stimulii declanșatori cei mai slabi și terminând cu aceia care declanșează anxietatea severă.

Terapeutul cognitivist poate să obțină primele informații asupra stimulilor declanșatori din mediu chiar din interviul clinic, adresând întrebări specifice despre tipurile de situații care produc anxietatea (vezi Tabelul 5.1). Totuși, majoritatea clienților anxioși au memorie selectivă și inexactă în legătură cu situațiile care le provoacă anxietate, de aceea, în prima fază a tratamentului, ar trebui să primească formulare în care să noteze zilnic propriile observații. Anexa 5.2 prezintă un Formular pentru analiza situațională, care poate fi folosit pentru strângerea informațiilor importante despre situațiile care provoacă anxietate. În anumite cazuri în care există un lung istoric de evitare sau în care autoevaluarea pacientului nu este credibilă, poate fi nevoie să se intervieveze partenerul, un prieten apropiat sau un membru al familiei, pentru a obține informații mai complete, referitoare la situațiile declanșatoare

ale anxietăţii. Terapeutul poate să-l însoţească pe pacient în situaţii specifice sau să-i dea o temă de casă care presupune expunerea la o situaţie problematică vizată, pentru a evalua proprietăţile acesteia de producere a anxietăţii. Acest lucru poate fi însă prea înfricoşător pentru mulţi indivizi anxioşi, mai ales la începutul tratamentului.

Declanşatori interoceptivi

Majoritatea indivizilor anxioşi sunt deosebit de atenţi şi de reactivi la senzaţiile fizice care caracterizează hiperactivarea fiziologică în anxietate. Senzaţiile fiziologice, ca de exemplu ritmul cardiac accelerat, senzaţia de căldură, senzaţia de vid mental, slăbiciunea, tensiunea şi alte senzaţii similare devin declanşatori pentru starea de anxietate ridicată. De aceea, este important să se stabilească dacă există anumite senzaţii fizice specifice care îi determină pe pacienţi să se simtă şi mai anxioşi. Deşi stimulii interoceptivi ai anxietăţii sunt pregnanţi mai cu seamă în tulburarea de panică, ei sunt prezenţi în toate tulburările de anxietate (Antony şi Rowa, 2005). De exemplu, o persoană cu fobie socială devine şi mai anxioasă într-un cadru social, dacă începe să-i fie cald, deoarece lucrul acesta este interpretat ca semn al anxietăţii ridicate pe care ceilalţi îl pot observa.

Terapeutul trebuie să introducă în interviul clinic întrebări despre stimulii interoceptivi (vezi Tabelul 5.1), dar mulţi pacienţi ştiu şi mai puţin în legătură cu prezenţa declanşatorilor fizici ai anxietăţii decât ştiu despre stimulii externi. Se poate solicita ca pacientul să întocmească o listă de automonitorizare a senzaţiilor fizice, conform formularului din Anexa 5.3, pentru ca terapeutul să adune mai multe informaţii exacte despre declanşatorii fizici ai anxietăţii. Un test de expunere interoceptivă reprezintă o altă strategie utilă de evaluare a declanşatorilor fizici ai anxietăţii. Taylor (2000) descrie mai multe exerciţii care pot fi folosite în şedinţele de terapie, pentru a induce senzaţii fizice. De exemplu, pacientul poate fi îndemnat să respire printr-un pai sau să alerge pe loc, chiar acolo, pentru a-i induce senzaţia de presiune toracică, pentru a obţine tensiune musculară şi tremurături, sau să stea lângă o sursă de căldură, pentru a resimţi senzaţia fizică de căldură. Deşi inducerea intenţionată a unor astfel de senzaţii nu echivalează cu apariţia spontană a acestor senzaţii *in vivo*, ele îi dau terapeutului ocazia să observe direct reacţia pacientului la senzaţii.

TABELUL 5.1. Întrebări din interviul pentru evaluarea diverselor tipuri de stimuli situaționali declanșatori în anxietate

Tipul declanșatorilor situaționali	Întrebări clinice
Situații externe, locuri, obiecte	• „Ai observat dacă există anumite situații sau experiențe care te determină să devii anxios?” • „Există anumite situații care îți provoacă doar o ușoară anxietate sau care te determină ocazional să devii anxios și alte situații care îți provoacă niveluri mai ridicate de anxietate?” • „Poți să-mi spui când te-ai aflat ultima dată în fiecare dintre aceste situații și te-ai simțit anxios?” [Terapeutul sondează pentru a afla o relatare completă a situațiilor care provoacă anxietatea, căutând exemple din trecutul recent al pacientului.] • „Ai observat vreun lucru specific în legătură cu o situație care ar putea conduce la amplificarea anxietății?” • „Există ceva legat de o anumită situație care ar putea conduce la diminuarea anxietății tale?” • „Cât de des trăiești astfel de situații în viața de fiecare zi?” • „Încerci să eviți situația? Cât de mult îți afectează aceasta viața de zi cu zi?”
Stimuli interoceptivi (fizici)	• „Când te afli într-o situație anxiogenă, ai observat schimbări în starea ta fizică?” [Terapeutul poate menționa câteva dintre semnele cele mai comune ale hiperstimulării, dacă pacientul are nevoie de explicații.] • „Ai observat cumva dacă vreunele dintre aceste senzații fizice apar înainte de a te simți anxios?” • „Cât de des ai aceste senzații fizice când ești anxios? Unele sunt prezente mereu, iar altele sunt ocazionale?” • „Care senzații fizice sunt cele mai puternice atunci când ești anxios? Pe care dintre senzații le observi întâi, atunci când ești anxios?” • „Ai observat dacă te simți mai anxios după ce devii conștient de o senzație fizică?” [de exemplu, pacientul se poate simți mai anxios din cauza creșterii bruște a ritmului cardiac.] • „Ai resimțit vreodată senzația fizică (de exemplu, durerea toracică) pe neașteptate, atunci când nu erai anxios? Îți amintești un exemplu de genul acesta? Cum te-ai simțit după ce ai observat această senzație?” • „Îți iei anumite măsuri de precauție pentru a te asigura că nu vei resimți o anumită senzație fizică?” [de exemplu, pacientul poate să evite să fie presat de timp, deoarece dorește să mențină o stare de calm și să evite senzația de tensiune.]
Stimuli cognitivi	• „Ți s-a întâmplat vreodată să-ți vină brusc în minte un gând, o imagine sau vreun impuls referitor la ceva absolut ciudat, neașteptat sau chiar neliniștitor?” [S-ar putea să fie nevoie ca terapeutul să ofere niște exemple sau chiar o listă cu intruziuni nedorite întâlnite frecvent, pentru a-i sugera pacientului relatarea propriilor intruziuni.] • „Atunci când ești într-o situație anxiogenă [terapeutul descrie situații specifice], îți amintești dacă îți apar brusc în minte anumite gânduri sau imagini?” • „Se întâmplă ca vreunele dintre aceste gânduri intruzive neașteptate să se refere la lucruri total diferite de felul tău de-a fi sau care te-ar stânjeni foarte tare ori ar avea consecințe îngrozitoare?” • „Cât de mult te supără aceste gânduri?” • „Ai fost vreodată preocupat de faptul că s-ar putea să fie ceva în neregulă cu tine sau că s-ar putea întâmpla ceva rău din cauza gândului, a imaginii sau a impulsului intruziv?”

Declanşatori cognitivi

Gândurile, imaginile sau impulsurile nedorite şi deranjante sunt un exemplu de cogniţie care poate declanşa anxietatea. Practic, toată lumea trăieşte experienţa intruziunilor mentale nedorite şi ele sunt întâlnite frecvent în toate tulburările de anxietate. Descrise pentru prima dată de Rachman (1981) în contextul TOC, gândurile, imaginile sau impulsurile nedorite sunt „orice eveniment cognitiv distinct, identificabil, care este nedorit, neintenţionat şi recurent. El întrerupe fluxul gândirii, interferează cu performanţa în îndeplinirea sarcinilor, este asociat cu emoţii negative şi este greu de controlat" (Clark şi Rhyno, 2005, p. 4). Câteva exemple de intruziuni comune sunt „îndoiala neprovocată că am încuiat uşa, când ştiu că am încuiat-o", „că am atins ceva dezgustător şi murdar de pe stradă", „că am făcut o remarcă jignitoare sau stânjenitoare, fără vreun motiv aparent", „că am rostit o obscenitate în public", „că am virat pe contrasens" şi altele de felul acesta. Intruziunile nedorite sunt foarte comune în TOC, sub forma obsesiilor, şi în TSPT, sub forma amintirilor bruşte ale traumei din trecut. Ele apar şi în TAG, ca o consecinţă negativă a îngrijorării excesive (Wells, 2005a) sau sub forma cogniţiilor nedorite în faza de adormire, la indivizii care suferă de insomnie (Harvey, 2005). Intruziunile nedorite au deseori ca temă pierderea controlului, care conduce la o consecinţă negativă foarte temută.

Este important ca terapeutul cognitivist să întrebe despre gândurile intruzive. Tabelul 5.1 enumeră câteva posibile întrebări pentru evaluarea acestui fenomen clinic. Cu excepţia TOC şi a TSPT, deseori indivizii nu sunt foarte conştienţi de gândurile lor intruzive. Se poate prezenta pacienţilor o listă cu cele mai comune intruziuni nedorite şi ei vor răspunde dacă au avut vreodată aceste gânduri, imagini sau impulsuri (listele se găsesc în D.A. Clark, 2004; Rachman şi de Silva, 1978; Steketee şi Barlow, 2002). Cum majoritatea intruziunilor sunt provocate de stimuli externi, pacienţii pot fi rugaţi să fie vigilenţi în special la apariţia intruziunilor mentale, atunci când se găsesc în situaţii tipice pentru îngrijorările lor anxioase.

Elementele unei analize situaţionale complete

O analiză situaţională comprehensivă trebuie să conţină următoarele elemente:

- descrierea detaliată a mai multor situaţii sau declanşatori;
- intensitatea anxietăţii asociate;
- frecvenţa şi durata expunerii la situaţia/stimulul declanşator;
- prezenţa reacţiilor de fugă sau de evitare;
- indici discriminatori specifici.

Este necesară o *descriere detaliată* a fiecărei situaţii sau a fiecărui stimul declanşator. Schimbările subtile de context pot modifica intensitatea anxietăţii. De exemplu, un pacient cu tulburare de panică poate raporta o anxietate scăzută când conduce maşina spre serviciu pe un traseu foarte

familiar. Cu toate acestea, dacă itinerarul se modifică doar cu o stradă, nivelul anxietății se poate schimba dramatic. Proximitatea unui semnal de siguranță influențează și ea anxietatea (de exemplu, prezența unui prieten de încredere sau apropierea unui spital). Probabil că o situație specifică (de exemplu, interacțiunea cu colegii de serviciu) trebuie descompusă în elemente mai nuanțate, pentru a-i putea înțelege proprietățile care declanșează anxietatea. Terapeutul cognitivist are nevoie de detalii suficiente în legătură cu fiecare situație sau stimul care provoacă anxietate, pentru a reuși să elaboreze exercițiile cele mai adecvate pentru expunere.

Este important să se cunoască *intensitatea anxietății* resimțite în fiecare situație, deoarece terapeutul trebuie să aibă la dispoziție o paletă largă de situații sau de declanșatori care determină stări de anxietate, de la cele ușoare până la cele severe. Unii pacienți au nevoie de mult exercițiu în utilizarea scalei de la 0 la 100, pentru a-și estima nivelul de anxietate, mai ales dacă sunt predispuși să gândească dihotomic (de exemplu, se simt fie foarte anxioși, fie nu sunt anxioși deloc). Totuși, aceste evaluări sunt necesare pentru a dezvolta un plan de tratament eficace.

Terapeutul trebuie să stabilească *frecvența* cu care pacientul se confruntă cu o situație care îi provoacă anxietate și *durata* expunerii sale la această situație. Situațiile provocatoare de anxietate care apar în mod regulat în viața de zi cu zi a unui individ sunt mai utile pentru tratament decât situațiile rare sau excepționale. De exemplu, interacțiunile sociale zilnice cu colegii de serviciu care declanșează anxietate în cazul persoanelor cu fobie socială vor avea prioritate în tratament, comparativ cu o situație de tipul unui discurs public care poate fi o ocazie rară în viața unei persoane. De asemenea, terapeutul trebuie să afle dacă situația care provoacă anxietatea implică o expunere scurtă sau prelungită. Și în cazul acesta, situațiile care provoacă anxietatea și care presupun intervale de expunere mai lungi (de exemplu, folosirea unei toalete publice) sunt mai utile pentru planificarea tratamentului decât situațiile declanșatoare care presupun o expunere scurtă (de exemplu, atingerea, în trecere, a unui telefon public).

Terapeutul cognitivist trebuie să obțină și informații despre măsura în care fiecare situație este asociată cu *fuga sau cu evitarea*. Pacienții trebuie întrebați dacă încearcă întotdeauna să evite situația sau să scape din situația respectivă cât pot de repede. În acest stadiu al evaluării, terapeutul trebuie să știe cât de bine tolerează pacientul anxietatea în fiecare situație declanșatoare. Dacă situația respectivă este uneori evitată, alteori nu, ce determină prezența sau absența evitării? Depinde ea cumva de dispoziția afectivă a individului sau de vreo caracteristică mai subtilă a situației? Informațiile despre fugă și evitare sunt esențiale pentru planificarea unei ierarhii a expunerii.

În sfârșit, terapeutul cognitivist trebuie să stabilească dacă există *indici sau stimuli specifici ai unei situații* care sunt observați întâi de către persoana anxioasă. De exemplu, atunci când un individ care se teme de contaminare intră pentru prima dată într-un spațiu public, care este lucrul pe care îl observă întâi și care îi produce îngrijorare, o pată de murdărie pe podea sau faptul că a fost atins ușor în trecere de un străin? Individul cu anxietate socială observă întâi că are o senzație de uscăciune în gât și că mâinile încep să-i tremure?

O persoană cu TSPT s-ar putea să evite un traseu spre serviciu din pricina anxietăţii, dar problema fundamentală este că trebuie să treacă pe lângă un anumit magazin cu specific etnic, iar aceasta îi declanşează flashback-uri. De asemenea, este important dacă persoana este hipervigilentă în privinţa acestor indici subtili şi specifici declanşatori ai anxietăţii. Probabil va fi nevoie de o temă de casă bazată pe automonitorizare, în funcţie de care să se identifice trăsăturile atenţionale pregnante ale situaţiilor care provoacă anxietate.

Instrucţiuni pentru clinician 5.4

O analiză situaţională completă trebuie să cuprindă informaţii amănunţite despre o gamă largă de situaţii sau de stimuli interni sau externi care provoacă anxietate, cu un interes special pentru intensitatea anxietăţii, frecvenţa şi durata expunerii situaţionale, dimensiunile fugii/evitării, precum şi prezenţa stimulilor care o declanşează.

Primele gânduri sau imagini aprehensive

Una dintre consecinţele principale ale activării schemei pentru ameninţare în faza reacţiei imediate de frică este producerea gândurilor şi a imaginilor automate orientate către ameninţare (vezi Figura 2.1). Aceste gânduri şi imagini automate orientate către ameninţare survin cel mai devreme în procesul de declanşare a anxietăţii şi oferă o perspectivă asupra conţinutului schematic aflat la baza tulburării de anxietate.

În contextul evaluării, terapeutul cognitivist poate să considere aceste gânduri automate iniţiale orientate către ameninţare ca fiind primele gânduri aprehensive. Ele sunt definite ca *gânduri sau imagini bruşte, de scurtă durată, având un caracter complet automat, referitoare la iminenţa unei situaţii periculoase sau neplăcute ori la posibilitatea ca acesta să aibă loc, şi care ar leza persoana respectivă sau resursele pe care le preţuieşte.* În tulburarea de panică, aceste prime gânduri aprehensive se pot referi la pericolele pe care le-ar reprezenta o senzaţie fizică percepută; în fobia socială, poate să fie vorba despre gândul că individul va atrage atenţia celorlalţi; în TOC, despre o catastrofă care i-ar ameninţa pe ceilalţi ca rezultat al acţiunii sau al lipsei de acţiune a individului; în TSPT, poate să fie sentimentul pierderii controlului şi al vulnerabilităţii personale accentuate; iar în TAG, gândurile aprehensive pot să se refere la declanşarea unui grav eveniment de viaţă negativ. Reţineţi că primele gânduri aprehensive reflectă întotdeauna un aspect important al îngrijorărilor anxioase primare. De fapt, analiza situaţională îi oferă terapeutului unele indicii despre primele gânduri aprehensive, deoarece indică tipurile de situaţii care provoacă anxietate.

Descoperirea primelor gânduri aprehensive ale pacientului este deosebit de dificilă în procesul de evaluare. Deseori, aceste gânduri sunt atât de rapide şi de tranzitorii, încât persoana le percepe doar ca o senzaţie bruscă, o teamă sau o stare de nelinişte. Conţinutul real al gândului automat se pierde, deoarece el este înlocuit imediat de o reevaluare raţională, mai elaborată a situaţiei. Astfel că, atunci când terapeutul întreabă despre

primele gânduri aprehensive, pacienții își amintesc și relatează gândurile reevaluatoare deliberate, care apar în a doua fază a anxietății. Pacienții care sunt intervievați atunci când nu sunt anxioși pot să nu pomenească primele gânduri aprehensive, deoarece li se par exagerate și nerealiste și, de aceea, neagă că acestea ar fi existat în timpul unui episod anxios.

Cum ajunge atunci terapeutul cognitivist să aibă acces la acest conținut pasager? Este important ca subiectul primelor gânduri aprehensive să fie prezentat într-o manieră exploratorie colaborativă. Se va face o descriere a primelor gânduri aprehensive și pacientul trebuie prevenit că, adeseori, aceste gânduri sunt greu de identificat pe parcursul ciclului anxietății. Explicați faptul că, atunci când intră într-o situație anxioasă, majoritatea oamenilor sunt atât de concentrați asupra felului în care se simt și asupra detaliilor situației respective, încât deseori primele gânduri aprehensive se pierd. Puteți folosi exemplul următor pentru a-i familiariza pe pacienți cu conceptul de *prime gânduri aprehensive*.

„Imaginează-ți pentru o clipă că te plimbi singur pe un drum de țară pustiu și că se întunecă. Deodată, auzi un zgomot în urma ta. Simți imediat că înțepenești, inima începe să bată mai tare și tu grăbești pasul. De ce s-a petrecut această creștere a nivelului de adrenalină? Fără îndoială că, pentru un moment, interpretezi zgomotul ca un pericol posibil: «Oare se apropie cineva care mi-ar putea face vreun rău?» Te întorci și vezi că nu e nimeni. Imediat te gândești: «Nu este nimeni acolo, poate a fost vântul, o veveriță sau doar imaginația mea.». Acest gând secundar, această reevaluare a situației este ceea ce-ți rămâne în minte. Dacă te-aș întreba mai târziu despre plimbare, ți-ai aminti doar o tresărire de teamă și apoi conștientizarea ulterioară că «n-a fost nimic». Acel prim gând aprehensiv care a declanșat frica, «Este un atacator în spatele meu?», a dispărut din amintire, a fost înlocuit de răspunsul tău rațional la situație."

„În ultimele ședințe, ai descris mai multe situații care îți produc o anxietate pronunțată. În aceste situații, ai avut probabil niște gânduri sau imagini neliniștitoare inițiale, care ți-au alimentat teama sau anxietatea. Poate că acum nu-ți poți aminti care au fost acestea, deoarece, pe moment, nu te simți amenințat și nu te afli într-o situație care îți provoacă anxietate. Cu toate acestea, pentru tratamentul nostru, este important să descoperim primele gânduri aprehensive. Vrem să aflăm ce declanșează anxietatea. Împreună, examinând fiecare situație și adunând mai multe informații, poate vom descoperi tipurile de gânduri sau de imagini aprehensive care definesc experiențele tale anxioase."

Prima strategie de evaluare pentru identificarea gândurilor aprehensive inițiale este *interviul clinic*. Deși se întâmplă deseori ca indivizii să nu-și amintească gândurile anxioase automate inițiale, câteva întrebări bine formulate pot oferi primele indicii despre aceste gânduri. Iată câteva exemple de întrebări clinice:

- „Ai spus că în situația X te simți deosebit de anxios. Pentru tine, care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla în această situație? Care ar fi cel mai rău rezultat posibil? Încearcă să te gândești la cea mai negativă

consecință, fără să judeci dacă aşa ceva se poate întâmpla sau nu."

- „Există ceva specific în legătură cu această situație sau cu felul în care te simți care să-ți provoace îngrijorare? Ce nu este bine în ceea ce te priveşte? Ce este diferit față de starea ta obişnuită?"
- „Cum se poate schimba situația pentru ca tu să fii mai puțin îngrijorat, să te simți mai în largul tău?"
- „Ce-ți spui pentru a-ți diminua anxietatea, pentru a te asigura că totul va fi bine?"

Este important ca primul gând aprehensiv să fie notat folosind exact cuvintele pacientului, să nu reflecte sugestiile terapeutului. Poate terapeutul aşteaptă să găsească un anumit tip de conținut al gândului, dar exprimarea sa în fapt trebuie să reflecte îngrijorările idiosincratice ale pacientului. Acest lucru va garanta faptul că acel conținut al gândului aprehensiv este într-adevăr relevant pentru îngrijorările anxioase specifice ale pacientului.

De asemenea, trebuie să ținem seama de faptul că indiferent dacă se află în aceeaşi situație care le provoacă anxietate, oamenii îşi concentrează aprehensiunea asupra unor lucruri diferite, de aceea este important ca terapeutul să descopere aprehensiunea anxioasă unică a fiecărui pacient. De exemplu, un pacient relatează că este deosebit de anxios, pentru că trebuie să meargă la o şedință cu colegii de serviciu. Primul gând aprehensiv poate fi oricare dintre cele ce urmează:

- „Ce se va întâmpla dacă mi se va pune o întrebare şi nu voi şti să răspund? Toată lumea va crede că sunt incompetent." (cogniție referitoare la evaluarea performanței)
- „Ce se va întâmpla dacă trebuie să spun ceva şi toată lumea se uită la mine? Aceasta mă agită foarte tare. (cogniție referitoare la evaluarea socială)
- „Ce se va întâmpla dacă îmi tremură glasul când vorbesc? Cu toții îşi vor da seama că sunt emoționat şi se vor întreba ce am." (cogniție în fobia socială)
- „Ce se va întâmpla dacă voi suferi un atac de panică la şedință?" (cogniție în tulburarea de panică)
- „Ce se va întâmpla dacă îmi scapă o remarcă jignitoare?" (cogniție în TOC)
- „Ce se va întâmpla dacă nu trebuie să particip la şedința aceasta şi toată lumea se va întreba ce caut acolo?" (cogniție referitoare la acceptarea interpersonală)
- „Ce se va întâmpla dacă mi se face greață şi trebuie să fug afară să vomit?" (cogniție despre teama specifică de a vomita)
- „Nu ştiu niciodată ce să spun în şedințele acestea şi cum să flecăresc cu alții; pur şi simplu urăsc asta." (cogniție despre lipsa abilităților sociale)

După cum se vede din exemplul acesta, sunt foarte multe gânduri aprehensive posibile care pot fi declanşate de orice situație care provoacă anxietate. Scopul evaluării cognitive este acela de a identifica conținutul gândului anxios care este unic pentru fiecare pacient.

Temele de casă bazate pe automonitorizare trebuie repartizate, pentru a obține o evaluare mai rapidă și mai exactă a primelor gânduri sau imagini aprehensive. Coloana pentru „gândurile anxioase imediate", din Formularul pentru analiza situațională (Anexa 5.2), poate fi folosită într-o încercare inițială de a aduna informații obținute prin automonitorizare despre primul gând aprehensiv. Pacienții trebuie încurajați să se concentreze asupra „lucrului cel mai rău care se poate întâmpla în această situație", fără să-și pună problema dacă acesta este probabil, real sau rațional. Ei trebuie încurajați să-și noteze gândurile automate referitoare la amenințare, atunci când se găsesc în situația anxiogenă. Ei pot să se întrebe „Ce este atât de rău în legătură cu această situație?", „Care cred că este lucrul cel mai rău care se poate întâmpla?" sau „Ce poate să-mi facă rău în situația aceasta?". Dacă este nevoie de un formular de automonitorizare mai detaliat, poate fi folosit Formularul pentru automonitorizarea gândurilor aprehensive (vezi Anexa 5.4).

Imageria sau jocurile de rol pot fi folosite în ședința de terapie, pentru a depista cognițiile aprehensive ale indivizilor în situații anxiogene. De fapt, pacienții anxioși au deseori fantezii sau imagini conștiente ale suferinței fizice sau psihosociale care pot determina stări subiective intense de anxietate (Beck și colab., 1974). Atunci, este important ca terapeutul să stabilească dacă aprehensiunea inițială poate lua forma unei imagini intruzive, cum ar fi retrăirea unui eveniment traumatic. Oricum, pacientul poate fi rugat să-și imagineze o situație recentă care i-a provocat anxietate sau terapeutul și pacientul pot desfășura un joc de rol cu situația respectivă, pentru a discrimina gândurile sau imaginile anxioase automate. În acest timp, terapeutul sondează evaluările anxioase ale pacientului referitoare la acea situație și capacitatea sa de coping. Evident, eficacitatea acestei metode de evaluare depinde de abilitatea imaginativă a pacientului sau de capacitatea sa de a se implica în jocul de rol.

Și *exercițiile de inducție* pot fi folosite pentru discriminarea gândurilor aprehensive. De exemplu, numeroase simptome ale hiperactivării fiziologice pot fi induse, iar pacienții trebuie încurajați să verbalizeze „fluxul gândurilor", pe măsură ce resimt aceste simptome. În timpul ședinței de terapie, se poate crea o anumită situație sau se pot introduce stimuli care determină anxietatea, iar pacienții pot fi îndemnați din nou să-și verbalizeze gândurile care apar. De exemplu, cuiva care se teme de contaminare poate să i se dea să atingă o cârpă murdară și apoi să relateze care au fost gândurile sale anxioase.

În sfârșit, procedura cea mai eficace pentru discriminarea primelor gânduri aprehensive este însoțirea pacientului într-o *situație anxiogenă reală*. Cu toate că prezența terapeutului poate să aibă efectul unui indiciu al siguranței, examinarea atentă a fluxului de gândire al pacientului trebuie să dezvăluie primele sale gânduri aprehensive. Chiar și simpla generare a unei așteptări a expunerii la o situație anxiogenă poate fi suficientă pentru a identifica aceste gânduri anxioase primare automate.

Instrucțiuni pentru clinician 5.5

Obțineți o evaluare exactă a primelor gânduri aprehensive ale pacientului în situații anxiogene variate, pentru a identifica schema cognitivă subiacentă a amenințării, care este responsabilă pentru starea anxioasă.

Perceperea stimulării sistemului nervos autonom

De obicei, indivizii sunt foarte conştienți de simptomele fizice ale anxietății şi astfel pot să raporteze imediat aceste simptome în interviul clinic. Trebuie să li se ceară să dea exemple de episoade anxioase recente şi să descrie simptomele fizice resimțite în momentele respective. În loc să li se solicite pacienților să descrie episodul tipic de anxietate, este mai bine ca ei să relateze incidente specifice de anxietate şi simptomele fizice exacte pe care le-au resimțit în timpul acestor episoade. Este de aşteptat o oarecare variație a simptomelor fizice ale anxietății în episoade de anxietate diferite.

Practicianul se va baza doar pe autoevaluarea pacientului care îşi descrie reacțiile fiziologice, deoarece folosirea echipamentului pentru evaluarea psihofiziologică din laborator sau a echipamentului ambulatoriu în scopul monitorizării este rareori fezabilă în mediul clinic. Formularele de automonitorizare ar trebui folosite pentru ca pacienții să adune informații „online", referitoare la reacțiile fiziologice pe care le au atunci când sunt anxioşi. În majoritatea cazurilor, Formularul pentru automonitorizarea senzațiilor fizice (Anexa 5.3) poate fi oferit ca temă de casă şi acesta va oferi informațiile necesare despre profilul stimulării sistemului nervos autonom al pacientului. În cazurile în care stimularea fiziologică are un rol deosebit de important în persistența anxietății (de exemplu, tulburarea de panică, ipohondrie), se poate administra o listă extinsă pentru verificarea senzațiilor fizice (vezi Anexa 5.5).

Când se face evaluarea hiperstimulării fiziologice subiective în faza reacției imediate de frică, trebuie clarificate trei aspecte. Întâi, care este profilul tipic al reacției fiziologice atunci când persoana se află într-o stare de anxietate ridicată? Este important să se ştie dacă pacientul resimte aceleaşi simptome fiziologice în mai multe situații anxiogene diferite. Care senzații fizice sunt cele mai intense? Care simptome ale stimulării apar întâi? Cât timp durează? Persoana respectivă întreprinde ceva pentru a diminua starea de hiperactivare?

Al doilea aspect vizează modul în care este interpretată starea de hiperactivare fiziologică. Există unele senzații fizice care atrag în primul rând atenția? Care sunt îngrijorările sau temerile pacientului față de senzația respectivă? Identificarea evaluării exagerate a amenințării legate de o senzație fizică este altă sursă importantă de informații referitoare la schemele fundamentale ale amenințării care controlează anxietatea. Tabelul 5.2 prezintă evaluările exagerate ale amenințării şi schemele cognitive care pot fi asociate cu mai multe simptome ale hiperactivării fiziologice.

Ultimul aspect care trebuie clarificat în vederea evaluării stimulării fiziologice se referă la rolul senzațiilor în persistența anxietății. Interpretarea catastrofică a simptomelor fizice joacă un rol esențial în tulburarea de panică (D.M. Clark, 1986a) și în ipohondrie (Salkovskis și Bass, 1997), dar este mai puțin pregnantă în TOC sau în TAG. În tulburările de anxietate în care interpretarea greșită a simptomelor fizice este o îngrijorătoare pregnantă, tratamentul se va concentra asupra „decatastrofării" acestor evaluări exagerate. Astfel, formulările de caz pentru anxietate trebuie să aibă în vedere natura, interpretarea și funcția hiperactivării pe durata fazei reacției imediate de frică.

TABELUL 5.2. Evaluări și scheme cognitive exagerate ale amenințării care se pot asocia simptomelor fizice comune ale anxietății

Senzația fizică	Evaluare exagerată eronată	Schema orientată către amenințare
Probleme respiratorii, senzație de sufocare	„Nu pot să respir, simt că nu am suficient aer."	Riscul morții lente, chinuitoare, prin sufocare
Senzație de apăsare în piept, durere precordială, palpitații	„Poate fac un atac de cord."	Moarte prin stop cardiac
Agitat, neliniștit	„Îmi pierd controlul; nu mai suport această senzație de anxietate."	Riscul de a înnebuni, de a se face de rușine, de a fi copleșit mereu de anxietate etc.
Amețit, senzație de vid mental, senzație de leșin	„S-ar putea să-mi pierd cunoștința."	S-ar putea să nu-și recapete niciodată cunoștința; se face de rușine dacă leșină în public.
Greață	„Poate mi se face rău; vomit."	Sufocarea cu voma; sentimentul de jenă, pentru că i s-a făcut rău în public.

Notă. Bazat pe Taylor (2000).

Instrucțiuni pentru clinician 5.6

Natura, funcția și interpretarea hiperactivării fiziologice și a altor senzații fizice trebuie să facă parte din orice formulare de caz pentru anxietate.

Reacții inhibitorii imediate

Reacțiile defensive imediate, ca de exemplu fuga, evitarea, blocajul comportamental sau leșinul (Beck și colab., 1985, 2005) fac parte dintr-o strategie inhibitorie automată pentru reducerea fricii. Identificarea acestor reacții inhibitorii ale fricii constituie o parte importantă a oricărei evaluări cognitive a anxietății, dar detectarea lor se poate dovedi dificilă, deoarece au un caracter automat și individul nu este complet conștient de existența lor. Este important, totuși, să se stabilească existența acestor reacții, deoarece ele vor constitui ținta stabilită în procesul de modificare cognitivă, întrucât ele au capacitatea de a întări starea de anxietate și de a submina eficacitatea

tratamentului. De exemplu, cu mai mulți ani în urmă, unul dintre noi a tratat o femeie care manifesta teama de şofat, după ce maşina sa fusese lovită din spate într-un accident rutier. Când s-a făcut evaluarea, s-a dovedit că ea privea mereu în oglinda retrovizoare şi verifica dacă maşina din spatele ei nu era prea aproape. Acest comportament de verificare se desfăşura automat, era o reacție defensivă. Aceasta însemna, însă, că ea nu era destul de atentă la traficul din sens opus, ceea ce făcea să crească probabilitatea de a suferi alt accident.

Din nou, interviul clinic detaliat, automonitorizarea şi observarea comportamentală în timpul anxietății intense sunt metodele de evaluare primară pentru identificarea comportamentelor defensive imediate. Există un număr de răspunsuri defensive subtile, care pot apărea ca reacție inhibitorie imediată şi pe care clinicianul trebuie să le aibă în vedere.

- Pacientul *evită contactul vizual* cu stimulul amenințător (de exemplu, persoana cu anxietate socială nu-şi priveşte în ochi interlocutorii).
- *Evitarea cognitivă* în care atenția este deviată de la un gând stresant sau de la o imagine stresantă (de exemplu, în TSPT, o intruziune legată de traumă poate declanşa o stare de disociere).
- *Comportamentul caracterizat prin îndepărtarea (fuga) imediată* (de exemplu, o persoană care se teme de contaminare grăbeşte paşii atunci când trece, în parc, pe lângă o bancă pe care stau persoane fără adăpost).
- *Evitarea comportamentală* (de exemplu, o persoană cu o formă uşoară de agorafobie alege automat un culoar mai puțin aglomerat din magazin).
- *Căutarea asigurării* (de exemplu, o persoană care repetă mereu „Nu am de ce să mă tem").
- *Reacția compulsivă* (de exemplu, o persoană trage automat, în mod repetat, de mânerul portierei, ca să se asigure că este blocată).
- *Reacția fiziologică defensivă reflexă* (de exemplu, o persoană cu o fobie legată de mâncatul în public începe să se înece când vrea să înghită; o persoană cu o fobie legată de şofat îşi contractă muşchii şi în general devine tensionată când călătoreşte cu maşina).
- *Imobilitatea tonică* (blocajul comportamental) (de exemplu, în cazul unui atac violent, individul poate să se simtă paralizat, fiind incapabil să se mişte [vezi Barlow, 2002]).
- *Starea de leşin* (de exemplu, individul suferă o scădere bruscă a ritmului cardiac şi a presiunii arteriale, când vede sânge uman sau trupuri mutilate).
- *Comportamente automate orientate către siguranță* (de exemplu, o persoană se agață automat de un obiect, de teamă că va cădea sau că-şi va pierde echilibrul).

Având în vedere natura rapidă, automată, a acestor reacții defensive, poate să fie nevoie de o anumită formă de observație comportamentală pentru a evalua corect prezența lor. Ar fi preferabil ca terapeutul cognitivist să-l însoțească pe pacient în situațiile anxiogene şi apoi să noteze orice reacții inhibitorii. Alternativ, un prieten, un membru al familiei sau partenerul pacientului poate primi lista cu reacțiile defensive de mai sus şi poate fi rugat

să noteze dacă observă vreuna dintre aceste reacții, atunci când îl însoțește pe pacient în situații anxiogene.

> **Instrucțiuni pentru clinician 5.7**
>
> Descoperiți reacțiile cognitive și comportamentale inhibitorii automate prin observație comportamentală, pentru a identifica reacțiile care pot să submineze ulterior eficacitatea expunerii.

Erori de procesare cognitivă

Procesarea cognitivă în timpul reacției imediate de frică tinde să fie foarte selectivă, cu îngustarea câmpului atenției exclusiv asupra sursei amenințării și asupra abilității (sau incapacității) individului de a face față amenințării. Ca rezultat, vor apărea unele erori neintenționate în felul în care pacientul evaluează amenințarea, pe care acesta nu le observă imediat. Aceste erori cognitive pot fi decelate din gândurile și comportamentele anxioase automate discriminate în timpul situațiilor anxiogene. Anexa 5.6 cuprinde o listă a erorilor cognitive comune în tulburările de anxietate, împreună cu un formular pentru automonitorizare, pe care pacienții îl pot folosi pentru a deveni mai conștienți de biasările lor anxioase la nivelul procesării. Acesta ar trebui introdus după ce pacientul a fost învățat să-și identifice primul gând aprehensiv. Învățarea clienților să-și identifice erorile cognitive oferă informații pentru formularea de caz și este, în același timp, o strategie utilă de intervenție cognitivă (vezi Capitolul 6).

Mulți pacienți anxioși întâmpină dificultăți în identificarea erorilor cognitive din gândirea lor anxioasă. Poate să fie nevoie de mai multe ședințe până când pacientul reușește să surprindă exemple ale propriilor biasări în gândire. În același timp, terapeutul poate folosi formularul din Anexa 5.6 pentru a identifica erori de gândire, evidențiate în interviul clinic și în gândurile anxioase decelate prin automonitorizare. Acesta poate fi încorporat în formularea de caz, până când vor fi disponibile informații mai exacte din înregistrările erorilor de gândire, realizate chiar de către pacienți.

> **Instrucțiuni pentru clinician 5.8**
>
> Folosiți Anexa 5.6, *Erori și biasări comune în anxietate*, pentru a-i antrena pe pacienți să identifice erorile cognitive automate care apar de fiecare dată când anxietatea este provocată de anumiți declanșatori interni sau externi.

REESTIMAREA SECUNDARĂ: EVALUARE ȘI FORMULARE

Anxietatea este întotdeauna rezultatul unui proces desfășurat în două etape, cuprinzând activarea inițială a amenințării urmată de o procesare mai lentă, mai reflexivă a amenințării și care depinde de resursele de coping ale pacientului. De aceea, terapeutul cognitivist evaluează și această procesare

secundară, având în vedere două aspecte esenţiale pentru conceptualizarea cazului.

1. Cum determină reestimarea secundară, mai elaborată, a situaţiei creşterea anxietăţii?
2. Cât de eficace este reestimarea reflexivă a individului în reducerea sau în întreruperea programului anxietăţii?

Evaluarea reestimării secundare nu este atât de dificilă ca evaluarea reacţiei imediate de frică, deoarece aceste procese sunt mai puţin automate şi, prin urmare, mai accesibile conştiinţei. Indivizii au acces mai mare la aceste procese mai lente, mai deliberate care sunt răspunzătoare de persistenţa anxietăţii. Datorită faptului că terapia cognitivă tinde să investigheze cu precădere acest nivel secundar, este nevoie de o evaluare exactă a acestor procese reflexive mai elaborate, pentru ca intervenţia să aibă succes. În secţiunea aceasta, vom analiza cinci domenii ale procesării secundare care ar trebui cuprinse în evaluare.

Evaluarea abilităţilor de coping

Recurgerea la strategiile dezadaptative de coping şi incapacitatea de a adopta răspunsuri mai sănătoase faţă de ameninţare sunt considerate factori determinanţi principali în procesarea emoţională eşuată, în general, şi în persistenţa anxietăţii, în particular (de exemplu, Beck şi colab., 1985, 2005; Wells, 2000). Una dintre distincţiile cele mai comune operate în literatura referitoare la coping este distincţia dintre strategiile concentrate asupra reglării emoţiei şi strategiile concentrate direct asupra problemelor de viaţă. Lazarus şi Folkman (1984) au definit iniţial coping-ul centrat pe emoţii ca „fiind orientat spre reglarea reacţiei emoţionale faţă de problemă" (p. 150), iar coping-ul centrat asupra problemei, ca „orientat către gestionarea sau schimbarea problemei care produce distres" (p. 150). Acum există numeroase cercetări care indică faptul că anumite aspecte ale coping-ului orientat către emoţie (de exemplu, ruminaţia) sunt legate de persistenţa stărilor emoţionale negative, în vreme ce coping-ul orientat către problemele de viaţă se asociază cu reducerea emoţiilor negative şi cu promovarea emoţiei pozitive şi a stării de bine (de exemplu, Carver, Scheier şi Weintraub, 1989; a se vedea trecerile în revistă ale lui Fields şi Prinz, 1997; Folkman şi Moskowitz, 2004; pentru discutarea aspectelor pozitive ale exprimării emoţiei, vezi Austenfeld şi Stanton, 2004).

În contextul prezent, această distincţie dintre abordarea orientată către emoţie şi cea orientată către problemă este utilă pentru înţelegerea persistenţei anxietăţii. Reacţiile de coping orientate asupra ideii „cum să fac să mă simt mai puţin anxios" sunt mai defavorabile pentru pacient (conduc la persistenţa neliniştii nedorite), în vreme ce coping-ul orientat către probleme (adică „Am o problemă reală de viaţă pe care trebuie să o rezolv") are şanse mai mari să contribuie la reducerea anxietăţii.

Terapeutul cognitivist trebuie să aibă în vedere această distincție atunci când evaluează reacțiile de coping ale pacienților anxioşi. În ce măsură este dominat repertoriul de coping al pacientului de strategii orientate către emoție şi în ce măsură este dominat de strategii orientate către probleme? În cadrul evaluării, mai trebuie verificate încă trei aspecte legate de coping:

1. Cât de frecvent foloseşte individul diverse răspunsuri dezadaptative şi adaptative de coping, atunci când simte că este anxios?
2. Care este percepția pacientului în ceea ce priveşte eficacitatea strategiilor de coping în diminuarea anxietății?
3. Intensificarea sau persistența anxietății sunt percepute ca fiind asociate reacției de coping?

Anexa 5.7 conține o listă de 34 de reacții comportamentale şi emoționale de coping caracteristice anxietății. Le sugerăm terapeuților să folosească această listă în interviul clinic, deoarece majoritatea pacienților sunt conştienți de propriile reacții de coping atunci când sunt anxioşi. De asemenea, probabil că majoritatea indivizilor anxioşi nu au avut în vedere eficacitatea percepută a reacțiilor lor de coping şi efectele acestora asupra intensității şi a duratei anxietății. De aceea, este nevoie de sondaj şi de interviuri pentru obținerea acestor informații.

În urma acestei evaluări, terapeutul ar trebui să poată să specifice în formularea de caz care strategii dezadaptative de coping sunt asociate în mod frecvent anxietății şi care este eficacitatea lor percepută, eficacitatea relativă a oricăror strategii adaptative pe care pacientul le foloseşte deja, şi nivelul general de încredere sau de neajutorare resimțit în confruntarea cu anxietatea. Aceasta va mai oferi terapeutului indicii privind modificările comportamentale care pot fi vizate pe parcursul tratamentului. Totuşi, probabil că evaluarea acestei liste va trebui completată cu întrebări referitoare la reacțiile de coping tipice fiecărei tulburări de anxietate. De asemenea, multe dintre strategiile enumerate în Anexa 5.7 ar putea fi reacții de management al stresului. De aceea, este important să li se ceară pacienților să se concentreze asupra activităților folosite în mod direct ca răspuns la anxietate şi nu la activitățile la care apelează pentru a-şi diminua stresul general, pentru a-şi îmbunătăți dispoziția afectivă sau pentru a-şi spori starea generală de bine.

Instrucțiuni pentru clinician 5.9

Folosiți Anexa 5.7, Lista reacțiilor comportamentale la anxietate, pentru a estima frecvența cu care se folosesc diverse strategii de coping comportamental sau emoțional pentru a controla anxietatea. Evidențiați rolul acestor strategii în persistența anxietății în conceptualizarea de caz pe care o formulați.

Comportamentul deliberat de căutare a siguranței

White şi Barlow (2002) au definit comportamentele de siguranță ca fiind „acele acțiuni pe care le întreprinde pacientul pentru a se simți mai sigur sau mai protejat" (p. 343). Scopul comportamentelor de siguranță este acela de a obține sentimentul de siguranță sau de protecție, iar beneficiul evident este acela de diminuare a sentimentelor de anxietate (vezi Capitolul 3, Ipotezele 2 şi 7, pentru o analiză mai amănunțită).

Este important ca, în formularea de caz, să se identifice cu claritate principalele reacții de căutare a siguranței, să se stabilească dacă sunt de natură automată şi uzuală sau dacă sunt mai degrabă reacții de coping mediate conştient, deliberate. În stadiul acesta al evaluării, au fost obținute deja multe informații din automonitorizarea reacțiilor în situații anxiogene realizată de pacienți (adică Formularul pentru analiza situațională, Formularul pentru automonitorizarea gândurilor aprehensive) sau din evaluarea anterioară a strategiilor de coping (adică Lista reacțiilor comportamentale la anxietate). Terapeutul cognitivist poate să revadă aceste formulare şi să selecteze reacțiile care apar mai frecvent atunci când persoana este anxioasă. Pentru fiecare dintre aceste reacții, trebuie adresate următoarele întrebări, în scopul evaluării funcției sale de căutare a siguranței:

- „Am observat din formularul tău că faci deseori X [numiți reacția respectivă] atunci când eşti anxios. În ce măsură te simți mai sigur sau mai protejat, după ce ai făcut aceasta? [de exemplu, *În ce măsură te simți mai în siguranță să mergi la mall cu prietenii, comparativ cu a merge singur la mall?*]"
- „Ce s-ar întâmpla cu anxietatea ta, dacă nu ai recurge la această activitate de siguranță? [de exemplu, *Ce s-ar întâmpla cu anxietatea ta, dacă nu ai purta la tine medicamentele?*]"
- „Cât de importantă este această activitate pentru modul în care faci față sau îți gestionezi anxietatea? Este ceva deliberat sau este mai degrabă o acțiune automată, asemeni unui obicei de care nu eşti conştient aproape deloc?"

După ce au fost identificate reacțiile primare de căutare a siguranței, este important să se specifice cognițiile şi senzațiile fizice asociate căutării siguranței (Salkovskis, Clark şi colab., 1999). Acestea pot fi evidențiate deja din reacțiile comportamental-cognitive înregistrate în formularele de automonitorizare sau, uneori, terapeutul cognitivist trebuie să efectueze o evaluare mai specifică. Următorul fragment dintr-o intervenție clinică fictivă ilustrează tipul de întrebări care ajută la identificarea cognițiilor de căutare a siguranței.

TERAPEUTUL: Am observat în lista pe care ai întocmit-o că porți întotdeauna la tine tabletele de Ativan. Ai putea să-mi spui de ce este atât de important acest lucru?

PACIENTA: Mă simt mai bine dacă am medicamentele, în caz că am nevoie de ele. Nu am mai folosit Ativan de luni de zile, dar mă simt mai bine când ştiu că îl am la mine.

TERAPEUTUL: Ce s-ar întâmpla dacă ai uita să iei medicamentele cu tine?

PACIENTA: Ştiu că m-aş simţi mult mai anxioasă dacă mi-aş da seama că nu le am. Ativanul este foarte eficace pentru a-mi reduce anxietatea. Dacă îl am la mine, ştiu că pot oricând să iau o tabletă în cazul în care anxietatea devine prea puternică. Chiar dacă nu l-am folosit de mai multe luni, se pare că mă simt mai bine dacă ştiu că anxietatea nu-mi scapă de sub control, deoarece pot oricând sa iau un Ativan.

TERAPEUTUL: Observi vreo ameliorare a stării tale, atunci când te afli într-o situaţie anxiogenă şi ştii că medicamentele sunt la tine?

PACIENTA: După cum ştii, mă tem foarte tare să nu sufăr un alt atac de panică atunci când observ că devin mai anxioasă. Lucrul cel mai rău este să simt că-mi pierd controlul. Dacă ştiu că pot să iau un Ativan şi să simt că sunt mai calmă şi mai stăpână pe mine, asta mă face să mă simt mult mai bine; mă face să mă simt mai sigură de mine.

Mai multe cogniţii sunt evident asociate comportamentului de căutare a siguranţei cu ajutorul medicaţiei. Pacienta consideră că simplul fapt că are acces la medicaţie îi oferă mai multă încredere, o face să se simtă mai în siguranţă, mai protejată. Mai important este faptul că există o relaţie funcţională directă între gândul catastrofic al „pierderii controlului" şi posibilitatea de a apela la medicaţie. Convingerea aceasta că medicamentul este o sursă importantă pentru recâştigarea controlului şi pentru blocarea anxietăţii copleşitoare va deveni o ţintă în cadrul tratamentului. Dacă fundamentul cognitiv al căutării siguranţei nu poate fi identificat cu ajutorul interviului sau prin consultarea formularelor de automonitorizare, este necesară observarea directă a anxietăţii pacientului, fie însoţindu-l într-o situaţie anxiogenă, fie printr-un exerciţiu de inducere a anxietăţii în timpul şedinţei de terapie. În toate cazurile de anxietate, identificarea comportamentelor primare de căutare a siguranţei şi a fundamentului lor cognitiv constituie o parte importantă a formulării de caz pentru anxietate.

Instrucţiuni pentru clinician 5.10

Identificaţi comportamentele primare intenţionale de căutare a siguranţei consultând Lista reacţiilor comportamentale la anxietate (Anexa 5.7) şi determinaţi semnificaţia funcţională şi baza cognitivă a reacţiilor. De asemenea, analizaţi din nou funcţia de căutare a siguranţei care ar putea fi asociată reacţiilor inhibitorii, mai automate, notate în **Instrucţiunile pentru clinician** 5.7. În felul acesta, veţi obţine o reprezentare mai clară a comportamentelor deliberate subtile, mai automate şi mai conştiente de căutare a siguranţei care caracterizează anxietatea pacientului.

Stilul constructiv

O parte importantă a fazei secundare a anxietăţii este activarea unei abordări mai constructive, orientate către problemă, a situaţiei ameninţătoare. Trebuie recunoscut faptul că toţi indivizii care solicită tratament au capacitatea de a reacţiona la anxietate într-o manieră mai constructivă. Aceste abilităţi trebuie identificate în formulările de caz, pentru a fi incorporate în planul de

TABELUL 5.3. Exemple de reacţii constructive la anxietate care trebuie evaluate în cadrul conceptualizării de caz

Reacţie constructivă	Întrebări clinice
Expunere spontană	• Cât de des se expune pacientul în mod deliberat unor situaţii care îi provoacă anxietate? • Cât de intensă este anxietatea şi cât timp este suportată înainte de ieşirea din situaţia ameninţătoare? • Expunerea se produce în mod regulat? Indicii siguranţei sunt prezenţi sau nu? • Care este evaluarea pacientului privind experienţa expunerii? Consideră că îi diminuează anxietatea sau că o exacerbează?
Prevenirea reacţiei, iniţiată chiar de către pacient	• Cât de frecvent inhibă pacientul reacţii care au ca scop reducerea anxietăţii (de exemplu, un ritual compulsiv în TOC)? • Cât de greu îi este să se abţină şi să nu iniţieze o activitate pentru diminuarea anxietăţii? • Rezistenţa apare în mod regulat? • Cum este evaluată încercarea de a rezista impulsului de a iniţia activităţi pentru reducerea anxietăţii? Consideră că rezistenţa amplifică sau diminuează anxietatea?
Reacţia de relaxare	• Cât de frecvent recurge pacientul la relaxarea musculară progresivă, la controlul respiraţiei sau la meditaţie ca reacţie la anxietate? • Cum evaluează pacientul eficacitatea acestor strategii în gestionarea anxietăţii? • Există vreo dovadă a faptului că pacientul foloseşte relaxarea ca o strategie de fugă din cauza fricii de a resimţi anxietatea? În ce măsură este relaxarea o reacţie adaptativă sau dezadaptativă la anxietate?
Abilitatea de a rezolva problemele	• Abordează pacientul rezolvarea problemei acţionând asupra sursei anxietăţii? (de exemplu, un student îngrijorat în legătură cu examenele lucrează pentru a-şi perfecţiona abilităţile de învăţare) • Care este efectul perceput al acestor încercări de a rezolva problema asupra nivelului anxietăţii? • Există puncte slabe în strategia de rezolvare de probleme care pot submina efectul său pozitiv asupra anxietăţii?
Reevaluarea realistă a ameninţării	• Se întâmplă ca pacientul să se îndoiască de evaluarea iniţială a ameninţării sau să recurgă la o reevaluare? Dacă acest lucru se întâmplă, cât este de eficient? • Poate să strângă dovezi care să infirme gravitatea ameninţării evaluate iniţial? • Recurge la o formă de testare empirică, căutând experienţe care să-i arate dacă temerile sale sunt realiste sau exagerate?
Reevaluarea vulnerabilităţii personale	• Încearcă pacientul să găsească dovezi referitoare la capacitatea sa de a face faţă ameninţării? • Poate să-şi amintească experienţe reuşite de coping, ca modalitate de a-şi modifica sentimentul iniţial de vulnerabilitate personală? • Se angajează deliberat în activităţi care îi provoacă anxietate pentru a-şi testa vulnerabilitatea?

tratament. Ce reacţii comportamentale la anxietate prezintă deja pacientul, care pot indica o abordare mai constructivă? Este el în stare să participe la o rezolvare adaptativă a problemei? Există strategii cognitive care conduc la o diminuare a nivelului perceput al ameninţării? Este util ca evaluarea modului constructiv să se facă atunci când persoana nu se află într-o stare anxioasă. Cum percep indivizii ameninţarea şi vulnerabilitatea personală când nu sunt

anxioşi? Cum pot apela la această perspectivă mai realistă, mai adaptativă atunci când sunt anxioşi? Cât de greu este de crezut perspectiva constructivă atunci când persoana este anxioasă?

Deseori, indivizii care apelează la terapia cognitivă pentru anxietate au urmat deja un tratament sau au citit cărţi de autoeducare de orientare cognitivistă despre anxietate. Astfel, este foarte probabil ca aceste persoane să aibă deja o atitudine constructivă faţă de anxietate. Tabelul 5.3 prezintă diverse tipuri de reacţii constructive la anxietate şi exemple de întrebări clinice care pot fi folosite pentru a evalua activarea modului constructiv în stările anxioase.

Evaluarea folosirii „spontane" de către pacient a unor abordări constructive ale anxietăţii este importantă din două motive. Întâi, oferă indicii referitoare la punctele forte ale pacienţilor, pe baza cărora se poate formula planul de tratament. În al doilea rând, poate că o anumită metodă constructivă nu a fost folosită în mod eficient şi pacientul are aşteptări negative legate de succesul ei. Este important pentru terapeut să ştie acest lucru înainte de a alege această strategie ca temă de casă. În concluzie, evaluarea activării modului constructiv este o parte importantă a formulării de caz.

Instrucţiuni pentru clinician 5.11

Identificaţi strategiile adaptative de coping prezente în repertoriul pacientului şi măsura în care acestea sunt folosite în perioadele de anxietate. Evaluarea modului constructiv trebuie să includă şi evaluarea abilităţii pacientului de a face o estimare mai realistă a propriilor îngrijorări anxioase atunci când nu este anxios şi să observe dacă această perspectivă mai realistă este disponibilă în timpul episoadelor anxioase.

Coping-ul cognitiv şi rolul îngrijorării

Îngrijorarea excesivă

Am explicat mai devreme că îngrijorarea în cazul persoanelor cu anxietate ridicată este un factor important care contribuie la persistenţa anxietăţii, din cauza predominanţei activării modului ameninţării (Beck şi Clark, 1997; vezi Capitolul 2). Este o strategie deficitară de coping cognitiv (vezi Capitolul 3, Ipoteza 10) manifestă în majoritatea tulburărilor de anxietate, în special în TAG. De aceea, este important să se evalueze natura, dimensiunile şi funcţia îngrijorării atunci când se iniţiază o formulare de caz pentru anxietate.

Întâi, trebuie să aflăm dacă pacientul se îngrijorează atunci când este anxios şi dacă este aşa, care sunt conţinutul, frecvenţa şi persistenţa îngrijorării. Terapeutul se poate aştepta la un conţinut al îngrijorării care corespunde în linii mari grijilor anxioase principale ale pacientului. De exemplu, în tulburarea de panică, îngrijorarea se referă la senzaţiile fizice stresante, iar în

fobia socială, sunt dominante îngrijorarea legată de performanţa în contexte sociale şi de evaluările celorlalţi.

Anexa 5.8 prezintă Formularul A de automonitorizare a îngrijorării, care poate fi folosit pentru evaluarea oricărui conţinut al îngrijorării asociat episoadelor anxioase. Acesta poate constitui o temă de casă sau terapeutul cognitivist îl poate completa în timpul şedinţei de terapie, bazându-se pe situaţiile anxiogene identificate în Formularul pentru analiza situaţională sau în Formularul de automonitorizare a gândurilor aprehensive. Scopul Formularului A de automonitorizare a îngrijorării este acela de a aduna informaţii calitative despre teme ale îngrijorării care pot juca un rol important în persistenţa îngrijorării. Acest conţinut al îngrijorării oferă informaţii utile pentru intervenţiile cognitive care vor fi folosite mai târziu în tratament. De asemenea, este important să se stabilească frecvenţa îngrijorărilor în stările anxioase şi durata episodului de îngrijorare. Îngrijorarea frecventă şi care durează 1-2 ore impune un tratament complet diferit, comparativ cu o criză ocazională de îngrijorare care este dezamorsată în câteva minute.

În Capitolul 3, am discutat despre mai multe consecinţe negative asociate îngrijorării, care pot explica efectele sale patologice asupra anxietăţii (de exemplu, sensibilitatea exagerată faţă de informaţii referitoare la ameninţare, sentiment accentuat al vulnerabilităţii personale, creşterea frecvenţei gândurilor intruzive nedorite, amplificarea emoţiilor negative, evitarea cognitivă/ emoţională şi rezolvarea ineficientă a problemelor). Majoritatea indivizilor nu cunosc îndeajuns efectele negative ale îngrijorării, pentru a-i permite terapeutului să obţină aceste informaţii dintr-o temă de casă. În schimb, terapeutul poate folosi episoadele de îngrijorare notate în Formularul A de automonitorizare a îngrijorării ca punct de plecare pentru întrebările care vor evidenţia consecinţele negative ale îngrijorării. Iată un fragment dintr-o intervenţie terapeutică cu un pacient cu fobie socială, care era neliniştit, deoarece trebuia să-şi întrerupă şeful, pentru a-i adresa o întrebare importantă:

TERAPEUTUL: John, am observat din Formularul de automonitorizare a îngrijorării că, vineri, ai fost extrem de anxios, deoarece a trebuit să intri în biroul şefului tău pentru a-i adresa o întrebare importantă în legătură cu un proiect pe care încercai să-l definitivezi. Ţi-ai estimat anxietatea la 80/100 şi primul gând aprehensiv a fost „va fi foarte nervos, pentru că îl întrerup cu o întrebare atât de stupidă."

JOHN: Da, m-a necăjit foarte tare situaţia aceasta. Lucrurile acestea mă deranjează mult. Devin atât de neliniştit.

TERAPEUTUL: Se pare că ai petrecut cam o jumătate de oră făcându-ţi griji în legătură cu aceasta, înainte de a intra în biroul lui şi apoi, aproape tot restul zilei, te-ai gândit că s-a enervat fiindcă l-ai întrerupt. Ai notat că, înainte de a-i pune întrebarea, te îngrijora mai ales reacţia sa de furie (adică *va fi aspru cu mine*), apoi, ţi-ai pus problema dacă vei reuşi să te faci înţeles şi dacă vei înţelege răspunsul şefului. După aceea, ai repetat mereu în minte conversaţia, ca să te lămureşti dacă ai spus vreo prostie. În plus, te-a mai

îngrijorat părerea şefului despre tine, faptul că intervenţia ta ar putea avea un efect negativ asupra evaluării performanţei tale la sfârşitul anului. Ai mai notat că ai fost îngrijorat că alţii ar fi auzit conversaţia voastră şi că te-ar fi considerat „atât de lamentabil" (folosesc propria ta expresie).

JOHN: Cred că mă îngrijorează foarte mult felul în care interacţionez cu ceilalţi şi efectele negative ale conversaţiilor mele „bâlbâite" cu ei.

TERAPEUTUL: John, în situaţia aceasta ai observat vreo modificare a nivelului anxietăţii tale, în timp ce îţi făceai probleme înainte sau după discuţia cu şeful tău?

JOHN: Nu înţeleg ce vrei să spui.

TERAPEUTUL: Ai observat intensificări sau diminuări ale sentimentelor tale anxioase în timp ce erai îngrijorat?

JOHN: O, fără îndoială, am fost mult mai anxios. Înaintea întâlnirii, am încercat să mă conving pe mine însumi că totul va merge bine, dar nu mă puteam gândi decât la furia lui, iar apoi din nou am încercat să mă liniştesc, spunându-mi că totul va fi în regulă, dar cu cât mă gândeam mai mult la lucrul acesta, cu atât eram mai convins că mă consideră un incompetent.

TERAPEUTUL: Prin urmare, unul dintre efectele negative ale îngrijorării este acela că te face să devii mai anxios, nu mai puţin anxios. Crezi că îngrijorarea aceasta în legătură cu discuţia cu şeful tău te-a ajutat să fii mai eficient atunci când ai mers să-i adresezi întrebarea?

JOHN: Nu, nu cred că faptul că m-am îngrijorat mi-a dat mai multă încredere sau că m-a ajutat în conversaţie. Nu mă puteam gândi la altceva decât că vreau să termin odată şi, apoi, că o să mă confrunt mai târziu cu consecinţele negative.

TERAPEUTUL: Ai menţionat şi alte moduri în care îngrijorarea poate avea un efect negativ. Se pare că te determină să te gândeşti cum să eviţi o situaţie sau cum să scapi cât mai repede posibil. De asemenea, se pare că îngrijorarea nu te ajută să faci faţă mai eficient problemelor sau anumitor situaţii. Ai observat şi alte lucruri în legătură cu gândirea ta atunci când erai îngrijorat?

JOHN: Nu înţeleg la ce te referi.

TERAPEUTUL: Ai observat cumva dacă, fără să vrei, îţi veneau mereu în minte tot felul de gânduri neliniştitoare?

JOHN: Da, sigur. Aveam mereu în faţa ochilor chipul nervos al şefului, îl auzeam urlând la mine şi mă gândeam mereu „Crede că sunt aşa un idiot."

TERAPEUTUL: Din descrierea ta, John, rezultă că îngrijorarea are mai multe efecte negative asupra anxietăţii tale. Se asociază cu o amplificare a sentimentelor anxioase; interferează cu abilitatea ta de a te confrunta cu unele situaţii; îţi intensifică tendinţa de a fugi sau de a evita anxietatea; şi declanşează mai multe gânduri şi imagini stresante nedorite. Acesta este un lucru obişnuit în anxietate. Cercetările noastre despre îngrijorare indică faptul că ea are

efecte negative foarte extinse, care pot contribui la persistenţa anxietăţii. Doreşti ca diminuarea îngrijorării să reprezinte un obiectiv important în planul de tratament al anxietăţii de care suferi?

JOHN: Da, fără îndoială, cred că trebuie să învăţ cum pot să-mi controlez îngrijorarea.

Alte strategii de coping cognitiv

În Capitolul 3 (vezi Ipoteza 10) încercările de a suprima deliberat gândurile şi sentimentele nedorite au fost considerate strategii compensatorii de coping care pot contribui la persistenţa anxietăţii. În plus, suprimarea intenţionată a exprimării emoţiilor poate avea efecte adverse asupra emoţiilor negative, deşi această posibilitate a fost investigată în mai puţine studii. Evaluarea suprimării intenţionate a gândurilor şi cea a inhibiţiei emoţionale intenţionate trebuie incluse în formularea de caz. Anexa 5.9 prezintă o listă a reacţiilor de coping cognitiv, care cuprinde inhibarea emoţiilor şi alte strategii de control intenţionat al gândirii care pot exacerba starea de anxietate.

Lista de reacţii cognitive la anxietate (Anexa 5.9) poate fi folosită ca temă de casă. Totuşi, probabil că majoritatea pacienţilor anxioşi nu sunt conştienţi de propriile strategii de control al gândirii, deoarece, cu timpul, reacţiile acestea devin obişnuite. De aceea, va fi nevoie de training şi de psihoeducaţie pentru ca pacienţii să înţeleagă cum ajung să folosească strategii dezadaptative de control al gândirii, care nu fac decât să întărească gândurile anxioase. Pacientul ar putea să analizeze un episod anxios recent şi să folosească lista pentru a stabili care dintre cele 10 strategii au intervenit şi în ce măsură au contribuit la diminuarea anxietăţii. Alternativ, poate fi indusă starea de anxietate în timpul şedinţei de terapie (sau poate fi observată într-un cadru natural), iar pacienţii pot fi întrebaţi dacă folosesc vreuna dintre strategiile înscrise pe listă pentru a-şi controla gândurile sau îngrijorările anxioase.

Altă modalitate de a evidenţia natura controlului gândurilor atunci când pacienţii resimt anxietatea este prin coordonarea unui experiment modificat de suprimare a gândului. Acesta este ilustrat în exemplul următor.

TERAPEUTUL: Lorraine, aş vrea să analizez puţin mai îndeaproape anxietatea ta în legătură cu posibilitatea de a suferi un atac de panică. Ai spus că deseori simţi o apăsare în piept şi primele tale gânduri aprehensive sunt „Sigur devin anxioasă. Trebuie neapărat să mă calmez. Dacă nu, o să sufăr un atac din acela groaznic de panică."

LORRAINE: Da, chiar aşa simt. Urăsc senzaţiile acelea şi aş face orice să scap de ele.

TERAPEUTUL: Bine, aş vrea să facem un mic exerciţiu aici, în birou. Întâi, vreau să văd dacă poţi să te concentrezi acum asupra gândurilor tale anxiogene. Poate reuşeşti să-ţi aminteşti aceste gânduri contractând muşchii toracici sau imaginându-ţi că te găseşti într-o situaţie anxiogenă recentă. Nu contează cum procedezi, aş

vrea doar să te gândeşti că te afli într-o stare anxioasă şi că s-ar putea să suferi un atac de panică.

LORRAINE: Nu sunt sigură că vreau să fac asta. Mă tem că voi declanşa un atac de panică. Încep deja să mă simt anxioasă.

TERAPEUTUL: Îţi înţeleg neliniştea. Putem opri exerciţiul oricând. Vreau doar să te concentrezi asupra gândurilor anxioase. Dacă începi să te simţi neliniştită, atunci poate că te poţi concentra asupra lor chiar acum, fără să fie nevoie să contractezi muşchii toracici.

LORRAINE: O, nu-mi este greu să mă gândesc chiar acum la anxietatea mea şi la posibilitatea unui atac de panică.

TERAPEUTUL: OK, Lorraine, te rog să închizi ochii şi să te concentrezi asupra gândurilor că eşti anxioasă acum. Gândeşte-te cum te simţi şi la ultimul atac de panică. Te rog să te gândeşti 30 de secunde la aceste lucruri... [pauză] Acum nu te mai gândi la anxietate. Ai 30 de secunde pentru a înceta să te gândeşti la anxietate şi la posibilitatea declanşării unui atac de panică. Poţi face acest lucru cum doreşti... OK, opreşte-te [pauză]. Ai reuşit să nu te mai gândeşti la anxietate şi la posibilitatea unui atac de panică?

LORRAINE: Este foarte greu. Am încercat să opresc acele gânduri, dar a fost aproape imposibil. Cred că timpul a fost prea scurt. Aş fi avut nevoie de mai mult timp ca să scap de gândurile mele anxioase.

TERAPEUTUL: Este adevărat că ţi-am acordat doar o jumătate de minut. Totuşi, multe persoane consideră că exerciţiul este şi mai stresant dacă durează mai mult. Important este dacă ai reuşit sau nu să opreşti gândurile anxioase.

LORRAINE: Nu prea. Simţeam că devin din ce în ce mai anxioasă, pe măsură ce mă străduiam mai mult să-mi scot din minte acele gânduri.

TERAPEUTUL: Ai făcut o observaţie importantă. Cu cât te străduieşti mai mult „să nu te gândeşti la anxietate, cu atât te gândeşti mai mult la ea." Am aici o listă cu ajutorul căreia oamenii verifică diferitele strategii pe care la folosesc pentru a-şi modifica gândirea anxioasă. [Terapeutul îi dă lui Lorraine o copie a Listei de reacţii cognitive la anxietate.] Te rog să te uiţi peste lista aceasta şi să-mi spui dacă ai folosit deja unele dintre aceste strategii în încercarea ta de a îndepărta gândurile legate de anxietate.

LORRAINE: Am încercat în mod deliberat să nu mă gândesc la anxietate (item #1) şi mi-am spus că este o prostie să fiu anxioasă, deoarece mă aflu aici în biroul tău (item #6) şi am încercat să mă conving că este imposibil să sufăr chiar acum un atac de panică (item #3). Totuşi, niciuna dintre aceste strategii nu a funcţionat bine.

TERAPEUTUL: Prin acest exerciţiu am descoperit câteva lucruri. Întâi, ai relatat că, pe măsură ce încerci să-ţi controlezi mai mult gândurile anxioase, ele devin tot mai pregnante. În al doilea rând, ai spus că ai folosit diferite strategii pentru controlul mental, în încercarea ta de a scăpa de gândurile anxioase. Înţeleg că ai făcut doar o „simulare", deoarece în viaţa reală gândurile şi sentimentele tale anxioase sunt mult mai intense decât au fost aici în biroul

meu. Mă întreb cât de des s-ar putea să încerci să-ţi controlezi în mod automat gândurile anxioase şi să foloseşti aceleaşi strategii despre care ai vorbit acum, ori de câte ori te simţi anxioasă. Şi mă întreb ce efect ar putea avea aceasta asupra anxietăţii tale, dacă o diminuează sau o intensifică. Ai vrea să afli?

LORRAINE: Sigur, cred că este o idee bună.

TERAPEUTUL: Bine, înainte de şedinţa viitoare, te rog să iei o copie a Listei de reacţii cognitive la anxietate pe care tocmai am folosit-o împreună şi să încerci să surprinzi câteva momente în care te-ai simţit anxioasă. Încearcă să te concentrezi asupra tentativelor tale de a controla gândirea anxioasă. Pe care dintre strategiile acestea pentru control le-ai folosit şi cât de eficace au fost ele? La rubrica „cât de des", notează doar dacă ai folosit strategia sau nu. Nu este nevoie să surprinzi toate momentele de anxietate, doar unul sau două pe zi. Îţi va lua câteva minute în fiecare zi să completezi formularul. Crezi că poţi face aceasta?

LORRAINE: Da, trebuie să reuşesc să fac asta săptămâna viitoare. Deocamdată sunt încă foarte anxioasă.

Instrucţiuni pentru clinician 5.12

Evaluarea naturii, frecvenţei şi a funcţiei îngrijorării şi a altor reacţii de control cognitiv este un aspect important al formulării de caz pentru persistenţa anxietăţii. Formularul A de automonitorizare a îngrijorării (Anexa 5.8) poate fi folosit pentru a obţine informaţii clinice despre îngrijorare, iar Lista de reacţii cognitive la anxietate (Anexa 5.9) ajută în evaluarea strategiilor deliberate de control al gândirii.

Reevaluarea ameninţării

Acest aspect final al conceptualizării de caz este punctul culminant al tuturor activităţilor de evaluare pe care le-am descris anterior. Care este evaluarea pacienţilor privind ameninţarea şi propria abilitate de coping, atunci când reflectează conştient şi deliberat la anxietatea din trecut, aflându-se într-un mediu sigur şi relaxat? Anexa 5.10, *Formularul de reevaluare a anxietăţii*, poate fi folosit pentru investigarea cogniţiilor legate de ameninţare şi de vulnerabilitate, împreună cu pacienţii, atunci când aceştia se simt anxioşi şi apoi pentru evaluarea ameninţării şi a vulnerabilităţii personale, atunci când sunt calmi şi neanxioşi. Ar fi de aşteptat ca, în momentele în care este resimţită anxietatea, gândirea să fie biasată în favoarea ameninţării exagerate şi a abilităţii de coping subestimate, iar în perioadele lipsite de anxietate, evaluarea ameninţării să fie mai realistă, iar încrederea în sine să fie ridicată.

Formularul evaluării de tip anxios trebuie folosit ca resursă clinică în şedinţa de terapie pentru a-l ajuta pe terapeut să investigheze şi apoi să înregistreze evaluările anxioase şi neanxioase ale pacientului şi este mai puţin recomandat ca temă de casă. Terapeutul cognitivist trebuie să reliefeze

diferențele dintre gândirea clientului când este anxios și gândirea sa când nu este anxios. Trebuie să se accentueze faptul că pacientul poate să gândească mai realist în legătură cu îngrijorările sale anxioase, atunci când este într-o stare calmă, relaxată. Aceasta înseamnă că scopul terapiei este acela de a-i ajuta pe pacienți să-și generalizeze gândirea mai realistă în legătură cu amenințarea și cu abilitatea lor de coping la cele mai dificile momente. În felul acesta, informațiile obținute *Formularul evaluării de tip anxios* pot fi folosite pentru definirea unuia dintre obiectivele primare ale terapiei cognitive a anxietății.

Instrucțiuni pentru clinician 5.13

Folosiți *Formularul reevaluării de tip anxios* (Anexa 5.10) pentru a evalua abilitatea pacienților de a genera o reevaluare mai realistă a amenințării și a vulnerabilității personale în perioadele lipsite de anxietate. Acesta poate fi folosit pentru evidențierea naturii biasate, exagerate a gândirii lor, atunci când sunt anxioși. Trecerea la evaluarea mai realistă care este evidentă în anxietatea scăzută trebuie să fie obiectivul declarat al tratamentului.

FORMULAREA DE CAZ A ANXIETĂȚII: O ILUSTRARE DE CAZ

Formularea cognitivă de caz

Încheiem acest capitol cu o ilustrare de caz, pentru a demonstra modul în care clinicianul poate folosi perspectiva evaluării bazate pe teorie pe care am descris-o în acest capitol, pentru a ajunge la o conceptualizare cognitivă generală de caz a anxietății. Cu toate că am descris o abordare cognitivă foarte detaliată a evaluării și a formulării de caz, din următoarea prezentare de caz va rezulta în mod clar că se pot obține multe dintre informațiile esențiale din interviul clinic, din formularele de automonitorizare, din observarea anxietății pe parcursul ședințelor, precum și din interviul standardizat pentru diagnostic și din măsurătorile realizate cu ajutorul chestionarelor. Astfel, ar fi rezonabil să ne așteptăm ca o conceptualizare cognitivă a cazului să fie posibilă după primele două sau trei ședințe, iar apoi aceasta să fie revizuită și dezvoltată frecvent pe parcursul tratamentului. De fapt, acest caracter schimbător, aflat mereu în evoluție, se află la baza conceptualizării de caz (Persons, 1989).

Există o diagramă a conceptualizării cognitive de caz a anxietății în Anexa 5.11, care poate fi folosită pentru a rezuma evaluarea informațiilor obținute în evaluare și pentru a realiza o formulare individualizată de caz. Deși există multe componente ale formulării de caz, nu ne putem aștepta niciodată ca terapeutul să aibă o „formulare finalizată" înainte de începerea tratamentului. Unele elemente esențiale ale conceptualizării trebuie puse în evidență după evaluarea inițială și înainte de tratament, cum ar fi declanșatorii situaționali, primele gânduri aprehensive (anxioase automate), hiperactivarea fiziologică, reacțiile defensive (deci comportamentul de căutare a siguranței), conținutul îngrijorării primare (dacă este relevant) și strategiile de coping. Aceste aspecte ale formulării vor fi revizuite, iar alte componente

vor fi completate pe parcursul şedinţelor ulterioare de terapie. Prin urmare, formularea individualizată de caz evoluează pe parcursul terapiei.

Conceptualizarea cognitivă de caz

Ne întoarcem la cazul clinic prezentat la începutul acestui capitol. Sharon a apelat la tratament pentru o problemă mai veche de anxietate persistentă, care se manifesta mai cu seamă atunci când ea interacţiona cu colegii la serviciu.

Diagnosticul şi evaluarea simptomelor

Lui Sharon i s-au administrat ADIS-IV şi instrumentele generale de măsură a anxietăţii discutate în acest capitol. Conform ADIS-IV, tulburarea ei primară de pe Axa I era fobia socială. Tulburarea de panică fără evitarea agorafobică era diagnosticul secundar de pe Axa I. Ea întrunea, de asemenea, criteriile pentru un episod unic de depresie majoră în trecut. Depresia a intrat spontan în remisie după două luni şi s-a declanşat ca reacţie la moartea unui animal de companie. Ea a mai relatat despre existenţa unei temeri subclinice de înălţime şi de îngrijorare, dar cea din urmă era legată în mod clar de anxietatea socială care se manifesta la serviciu. Ea a obţinut scorurile următoare la setul de chestionare: Inventarul Beck pentru anxietate - scor total=6; Inventarul Beck pentru depresie-II - scor total=12; Scala Hamilton de evaluare a anxietăţii=10, Lista de cogniţii - depresie=15 şi Lista de cogniţii - anxietate=7, iar la Penn State Worry - scor total=64. Sharon a mai completat şi Inventarul pentru fobia socială şi anxietate (SPAI; Turner, Beidel şi Dancu, 1996) şi a obţinut un scor de diferenţiere de 105,9, care corespunde fobiei sociale generalizate netratate. Astfel, datele psihometrice sugerează simptome ale unei anxietăţi uşoare care sunt mai degrabă de natură cognitivă decât fiziologică. Scorul la Penn State Worry este ridicat, dar aceasta se datorează îngrijorării pacientei în legătură cu interacţiunile ei sociale la serviciu. BDI-II şi CCL-D sugerează prezenţa unor simptome depresive. Un nivel mediu zilnic de anxietate înainte de tratament de 21 din 100 a confirmat, de asemenea, un nivel mai degrabă scăzut al anxietăţii.

Evaluarea diagnosticului a indicat în mod clar faptul că fobia socială trebuie să constituie obiectivul primar al tratamentului. Deşi ea îndeplinea criteriile de diagnostic pentru tulburarea de panică, debutul se produsese cu 15 luni în urmă, ultimul atac complet de panică fiind în urmă cu un an. În total, ea a suferit patru atacuri complete de panică şi mai multe atacuri prezentând doar câteva simptome, iar majoritatea celor recente s-au petrecut în contexte sociale la serviciu. Cu toate acestea, Sharon a raportat doar perioade reduse, pasagere, de îngrijorare în legătură cu atacurile de panică care duraseră numai 3-4 zile după un atac de panică. Sharon a mai indicat faptul că atacurile de panică au interferat puţin cu funcţionarea ei zilnică. Astfel, s-a ajuns la concluzia că tratamentul atacurilor de panică care nu erau legate de anxietatea ei socială nu era justificat în momentul respectiv.

Evaluarea reacției imediate de frică

Sharon a enumerat mai multe situații care îi declanșau anxietatea la serviciu. Era vorba despre discuțiile sau interacțiunea cu colegii într-o ședință restrânsă, conversațiile cu superiorii săi, ca de exemplu șeful ei, interacțiunile față în față cu colegii de serviciu, legate de problemele lor cu computerele și inițierea convorbirilor telefonice la serviciu. Aceste activități se asociau cu anxietate moderată spre severă și cu un nivel moderat de evitare. Cum profesiunea sa presupune în primul rând consultări cu ceilalți, Sharon se confrunta zilnic cu situațiile acestea care îi provocau anxietate. Alte activități sociale care declanșau anxietate intensă și evitare erau participarea la petreceri și exprimarea asertivă, mai ales refuzul unor solicitări exagerate. Sharon a completat un *Formular de analiză* situațională ca temă de casă și a relatat mai multe episoade anxioase petrecute în ședințe restrânse sau în cazul unor interacțiuni cu o singură persoană la serviciu. Singurul declanșator cognitiv al anxietății era gândul anticipativ „Trebuie să vorbesc cu șeful meu despre problema aceasta." S-a ales ca țintă a tratamentului anxietatea sa în întâlnirile restrânse și în interacțiunile față în față la serviciu, deoarece acestea reprezentau în cazul ei declanșatorii principali ai anxietății.

Din temele de casă bazate pe automonitorizare și din interviurile ulterioare s-au evidențiat două gânduri aprehensive automate principale. Când anticipa sau se confrunta pentru prima oară cu o situație socială la serviciu, Sharon se gândea „Sper să fiu în stare să fac față cum trebuie" și „Sper să nu roșesc." Singurele senzații fiziologice pe care le-a relatat în legătură cu starea de anxietate au fost senzația de căldură și înroșirea feței (adică îmbujorarea). Înroșirea feței constituia o îngrijorare serioasă pentru Sharon. Ea o interpreta ca pe un semn că era anxioasă, că nu se va mai putea concentra și că nu va mai putea să vorbească rațional și clar cu ceilalți. Era, de asemenea, îngrijorată că oamenii vor observa că s-a înroșit și se vor întreba ce i s-a întâmplat.

Ca răspuns la aceste cogniții anxioase și la interpretările negative ale îmbujorării, Sharon reacționa automat defensiv în mai multe moduri. Comportamental, vorbea cât putea de puțin la ședințe (adică evitare) și vorbea foarte repede când era nevoită să interacționeze cu alții (reacția de fugă). Ea evita contactul vizual în interacțiunile sociale. De asemenea, era hipervigilentă în legătură cu senzația de căldură și își atingea mereu fața sau verifica în oglindă să vadă dacă nu a roșit. Apărarea ei cognitivă automată principală era să se asigure că totul era în regulă și să încerce să se relaxeze. Pe scurt, reacția ei defensivă automată primară pentru a se simți în siguranță era să vorbească cât se poate de puțin în situațiile sociale, să evite contactul vizual și să se așeze într-un loc cât mai retras pentru a nu atrage atenția.

S-au evidențiat mai multe erori cognitive în gândirea anxioasă a lui Sharon privind situațiile sociale. Tendința de a catastrofa era evidentă în convingerea sa că era absolut anormal să roșești și că acest lucru era interpretat și de către ceilalți ca o anormalitate. De asemenea, era convinsă că dacă i se înroșea fața însemna că era anxioasă și că își va pierde capacitatea de concentrare. Rezultatul urma să fie performanța scăzută, ceea ce se va

interpreta ca incompetență socială. Vederea ca prin tunel era o altă eroare cognitivă, deoarece Sharon era deseori preocupată de fața ei sau de faptul că simțea că i se face cald atunci când se afla în contexte sociale. De asemenea, judeca emoțional, considerând că sentimentul de disconfort în situațiile sociale însemna că este în pericol și mai mare să nu funcționeze cum trebuie și că existau mai multe șanse ca ea să atragă atenția celorlalți. În sfârșit, avea tendința de a judeca anxietatea în termeni absolutiști, de tot sau nimic, unele situații asociate amenințării sociale fiind considerate absolut intolerabile, iar altele absolut sigure (de exemplu, să lucreze singură în birou).

Evaluarea reestimării secundare

Sharon a prezentat mai multe strategii deliberate de coping ca răspuns la anxietatea ei socială. Ea încerca să se relaxeze fizic în situațiile sociale respirând adânc și controlat, încerca să răspundă la întrebări prin e-mail pentru a evita contactul direct cu colegii, amâna unele lucruri, cum ar fi să-l abordeze pe șeful ei pentru a clarifica anumite probleme, și era tăcută și retrasă la ședințe, vorbea cât mai puțin posibil. De asemenea, încerca să-și suprime sentimentele pentru a ascunde orice senzație de disconfort. Folosirea deliberată a mijloacelor alternative de comunicare cu ceilalți (de exemplu, prin e-mail) avea o funcție importantă de căutare a siguranței. Toate aceste strategii erau eficace într-o oarecare măsură pentru diminuarea anxietății ei sociale. Sharon era îngrijorată gândindu-se că, dacă și-ar schimba abordarea față de anxietatea socială, s-ar putea ca viața ei să devină mai stresantă.

Îngrijorarea avea un rol secundar în anxietatea socială a lui Sharon. Era îngrijorată zilnic în legătură cu interacțiunile sociale cu care avea să se confrunte, în legătură cu faptul că era posibil să resimtă multă anxietate pe tot parcursul zilei și drept urmare se va dovedi incompetentă din punct de vedere social. Era îngrijorată și în afara spațiului său de lucru, temându-se că stresul și anxietatea suplimentare resimțite la serviciu vor avea un efect negativ asupra sănătății și asupra stării sale de bine. Strategiile de coping cognitiv ale lui Sharon pentru a-și controla anxietatea erau destul de limitate, reducându-se la încercarea de a se liniști asigurându-se și raționalizând că totul va fi bine și la propriile îndemnuri de a-și controla anxietatea. Ea a ajuns la concluzia că, în general, nu era în stare să-și controleze anxietatea și că strategia cea mai bună era aceea de a reduce la minimum contactele sociale. Interesant este faptul că această perspectivă asupra amenințării și a vulnerabilității sociale era manifestă chiar și atunci când nu era anxioasă și singură.

Obiectivele tratamentului

Pe baza conceptualizării noastre cognitive de caz, am stabilit următoarele obiective pentru planul de tratament al lui Sharon:

- modificarea caracterului catastrofic al interpretării greșite și al convingerilor dezadaptative legate de înroșirea obrajilor și de evaluare negativă ulterioară din partea celorlalți;

- modificarea convingerii că trebuie să-şi controleze starea de anxietate în contexte sociale, deoarece ar conduce la rezultate negative, cum ar fi incompetenţa socială (adică reestimarea probabilităţii şi a gravităţii ameninţării);
- reducerea tendinţei de evitare şi creşterea expunerii la situaţii sociale anxiogene;
- eliminarea strategiilor defensive dezadaptative de coping, cum ar fi vorbirea prea rapidă atunci când este anxioasă, recurgerea la controlul respiraţiei şi la raţionalizarea care are ca scop asigurarea că nu există nicio ameninţare;
- reducerea efectelor negative ale îngrijorării privitoare la posibilitatea de a resimţi anxietate de fiecare dată când este anticipată o interacţiune socială;
- creşterea asertivităţii şi a altor abilităţi de comunicare verbală, în cazul interacţiunii cu figuri autoritare, ca de exemplu şeful ei.

REZUMAT ŞI CONCLUZII

În capitolul acesta, am prezentat o perspectivă a conceptualizării cognitive de caz, care se bazează pe modelul cognitiv al anxietăţii (a se vedea Capitolul 2). Cu toate că acest cadru teoretic este aplicabil în toate cazurile de anxietate, este nevoie să se opereze unele modificări pentru fiecare tulburare de anxietate specifică. Formularea de caz joacă un rol important în terapia cognitivă a tuturor problemelor de natură psihologică. Pentru tulburările de anxietate, evaluarea începe cu diagnosticul clinic şi cu administrarea de chestionare standardizate. Este important să se investigheze prezenţa simptomelor anxioase şi depresive. Folosind metodologia interviului, formularele pentru automonitorizare şi observaţia directă, clinicianul strânge informaţii despre reacţiile cognitive, fiziologice şi comportamentale imediate sau automate, care caracterizează programul iniţial al fricii. Urmează evaluarea strategiilor cognitive şi comportamentale de coping mai deliberate, care au ca scop întreruperea episodului anxios şi care, de fapt, contribuie chiar la prelungirea sa. Este acordată o atenţie specială reacţiilor automate şi celor intenţionate, care au o funcţie de căutare a siguranţei. Evaluarea se încheie cu specificarea evaluărilor ameninţării şi ale vulnerabilităţii personale generate, atunci când individul se află în stare anxioasă şi în stare neanxioasă. Această formulare cognitivă detaliată trebuie să conducă la stabilirea unor obiective specifice ale tratamentului, care vor coordona intervenţia terapeutică. O listă rezumativă de referinţe bibliografice este disponibilă în Anexa 5.12 şi vă va ajuta la aplicarea perspectivei noastre cognitive în evaluarea şi formularea de caz în practica clinică.

ANEXA 5.1

Formular pentru evaluarea zilnică a anxietății și pentru situațiile anxiogene

Numele:____Data:____________

Instrucțiuni: Folosiți scala de evaluare de mai jos și notați un număr între 0 și 100, care să indice nivelul mediu al anxietății resimțite pe parcursul zilei. În ultima coloană din dreapta, descrieți pe scurt situațiile care considerați că v-au provocat în mod special anxietate în ziua respectivă.

0	50	100
„Lipsa anxietății, relaxare totală"	„Nivel moderat sau obișnuit de anxietate resimțit în general în starea anxioasă"	„Stare de panică maximă care este insuportabilă și care simt că-mi amenință viața"

Ziua săptămânii/ Data	**Nivelul mediu al anxietății (0-100)**	**Situații declanșatoare** (Notați situațiile care v-au sporit anxietatea pe parcursul zilei.)
1. Duminică		
2. Luni		
3. Marți		
4. Miercuri		
5. Joi		
6. Vineri		
7. Sâmbătă		

ANEXA 5.2

Formular pentru analiza situațională

Numele:____Data:__________________

Indicații: Vă rugăm să notați fiecare situație care a declanșat o reacție anxioasă. Descrieți situația pe scurt în coloana a doua, iar în coloana a treia notați intensitatea estimată a anxietății (0-100) și durata (în minute). În coloana a patra, notați simptomele anxioase cele mai pregnante pe care le-ați resimțit, iar în coloana a cincea, notați gândurile imediate în situația respectivă. În ultima coloană, vă rugăm să comentați în legătură cu reacția imediată pe care ați avut-o la anxietate.

Data/Ora	Situația	Intensitatea anxietății (0-100) și durata anxietății (min)	Simptomele anxioase primare	Gândurile anxioase imediate	Reacția imediată la resimțirea anxietății
1.					
2.					
3.					
4.					

ANEXA 5.3

Formular de automonitorizare a senzațiilor fizice

Numele:______________________________________ Data:____________

Indicații: Vă rugăm să notați orice situații sau experiențe care v-au intensificat anxietatea. Acordați atenție deosebită prezenței senzațiilor fizice înscrise în acest formular în timpul situației anxiogene respective. Folosiți scala de evaluare din dreptul fiecărei senzații, pentru a estima cum v-ați simțit în legătură cu reacția fizică.

1. ***Descrieți pe scurt situația anxiogenă*** ______________________________

Notați nivelul anxietății în situația respectivă (scala 0-100) ______________

Lista senzațiilor fizice resimțite în situația respectivă:

Senzația fizică	**Intensitatea senzației fizice** [Folosiți scala 0-100 definită mai jos.]	**Anxietate în legătură cu senzația fizică** [Folosiți scala 0-100 definită mai jos.]
Presiune toracică		
Ritm cardiac accelerat		
Tremurături, tremor		
Dificultăţi de respiraţie		
Tensiune musculară		
Greață		
Senzația de vid mental, leșin, amețeală		
Slăbiciune, pierderea echilibrului		
Senzația de căldură, transpirație		
Gura uscată		

(continuare)

ANEXA 5.3 *(pagina 2 din 2)*

2. ***Descrieți pe scurt situația anxiogenă*** ______________________

Notați nivelul anxietății în situația respectivă (scala 0-100) ______________

Lista senzațiilor fizice resimțite în situația respectivă:

Senzația fizică	**Intensitatea senzației fizice** [Folosiți scala 0-100 definită mai jos.]	**Anxietate în legătură cu senzația fizică** [Folosiți scala 0-100 definită mai jos.]
Presiune toracică		
Ritm cardiac accelerat		
Tremurături, tremor		
Dificultăți de respirație		
Tensiune musculară		
Greață		
Senzația de vid mental, leșin, amețeală		
Slăbiciune, pierderea echilibrului		
Senzația de căldură, transpirație		
Gura uscată		

Instrucțiuni pentru Scala de evaluare: Scala de evaluare a intensității senzațiilor fizice, 0 = senzație abia resimțită; 50 = senzație resimțită puternic; 100 = sentiment puternic, copleșitor.

Scala pentru **Anxietatea legată de senzațiile fizice**, 0 = nu am simțit niciun fel de anxietate în legătură cu senzația respectivă; 50 = am fost destul de îngrijorat când am avut această senzație; 100 = m-am simțit extrem de anxios, am fost panicat pentru că am resimțit senzația aceasta.

ANEXA 5.4

Formularul de automonitorizare a gândurilor aprehensive

Numele:____Data:______________________

Indicații: Vă rugăm să notați orice situații sau experiențe care v-au provocat o creștere a anxietății. După ce estimați nivelul anxietății și îl notați în coloana a doua, notați răspunsurile la întrebările din coloanele următoare, bazându-vă pe ceea ce ați simțit și ați gândit în situația respectivă. Încercați să completați acest formular în timp ce vă aflați în situația anxiogenă sau cât mai repede după eveniment.

Situația care v-a provocat anxietate [Descrieți-o pe scurt, în câteva cuvinte, și notați data și ora.]	**Nivelul mediu al anxietății** [Scala 0-100]	**Cel mai grav rezultat posibil** [Care este cel mai grav lucru care s-ar putea întâmpla, indiferent cât de improbabil și de nerealist ar părea?]	**Ce vă deranjează în legătură cu situația?** [Ce este deconcertant în legătură cu situația sau cu felul în care vă simțiți ori în care v-ați putea comporta? Sau cum ar trebui să se comporte ceilalți cu dumneavoastră, astfel încât să vă supere?]	**Ce v-ar diminua anxietatea?** [Cum s-ar putea schimba situația, pentru a vă ușura senzația de anxietate? Cum v-ați putea schimba sau cum s-ar putea schimba ceilalți, pentru a vă diminua anxietatea?]
1.				
2.				

ANEXA 5.5

Lista extinsă de verificare a senzațiilor fizice

Numele:_______________________________________Data:____________

Instrucțiuni: Mai jos aveți o listă a senzațiilor fizice care pot fi resimțite în perioadele de anxietate ridicată sau în timpul atacurilor de panică. Vă rugăm să indicați intensitatea senzației fizice în timpul unui episod tipic de anxietate sau al unui atac de panică. Lista trebuie completată în timpul episodului anxios sau după ce a avut loc, cât mai devreme posibil. De asemenea, vă rugăm să încercuiți reacția sau senzația fizică pe care ați observat-o întâi, în timpul episodului anxios.

Senzația fizică	Absentă	Ușoară	Moderată	Gravă	Foarte gravă
Tensiune musculară					
Durere musculară					
Slăbiciune					
Tresăriri, spasme musculare					
Amorțirea mâinilor, a picioarelor (sau senzații de ințepături)					
Senzații de furnicături la mâini, picioare					
Greață					
Crampe stomacale					
Indigestie					
Senzația nevoii urgente de a urina					
Diaree					
Congestionare, acumularea de mucus în gât sau în nas					
Gura uscată					

(continuare)

Senzația fizică	Absentă	Ușoară	Moderată	Gravă	Foarte gravă
Dificultate întâmpinată în încercarea de a inspira adânc, senzație de pierdere a suflului					
Senzație de nod în gât (senzație de sufocare)					
Presiune toracică					
Durere precordială					
Inima bate cu putere, palpitații					
Inima prezintă aritmii (scapă o bătaie)					
Tremurături, tremor					
Senzație de agitație, de neastâmpăr					
Senzație de irealitate					
Spasme musculare					
Amețeală					
Senzație de vid mental					
Senzație de leșin					
Nesiguranță în menținerea echilibrului, pierderea echilibrului					
Valuri de căldură sau frisoane					
Transpirație					
Alte senzații (precizați) ________________					

ANEXA 5.6

Erori şi biasări frecvente în anxietate

Vă prezentăm o listă cu erorile de judecată pe care le fac în mod obişnuit persoanele atunci când le este frică sau când sunt anxioase. Veţi constata că şi dumneavoastră faceţi unele dintre aceste greşeli atunci când sunteţi anxios, dar că este puţin probabil să faceţi toate greşelile de fiecare dată când resimţiţi anxietate. Citiţi lista erorilor, cu definiţiile şi exemplele date. Însemnaţi-le pe cele care sunt relevante pentru dumneavoastră. Veţi observa că erorile se suprapun, deoarece toate vizează diverse aspecte ale supraestimării ameninţării şi ale subestimării siguranţei în stările de anxietate. După ce aţi citit toată lista, treceţi la pagina următoare, unde veţi găsi un formular pe care îl puteţi folosi pentru a înţelege mai bine propriile erori de judecată pe care le faceţi atunci când sunteţi anxios.

Eroare de judecată	**Definiţie**	**Exemple**
Catastrofarea	Focalizarea asupra rezultatului celui mai grav într-o situaţie anxiogenă	• A considera că presiunea toracică este semn al unui atac de cord • A presupune că prietenii cred că observaţia ta este stupidă • A crede că vei fi concediat pentru că ai făcut o greşeală în raport
Concluziile pripite	Aşteptarea ca un rezultat temut să fie foarte probabil	• A crede că vei pica examenul dacă eşti nesigur la o întrebare • A prezice că mintea ţi se va bloca în timpul discursului • A prezice că vei fi extrem de anxios dacă mergi în excursie
Vederea de tip tunel	Focalizarea doar asupra informaţiilor relevante pentru ameninţarea posibilă şi ignorarea dovezilor referitoare la siguranţă	• A observa că o persoană pare plictisită, în timp ce vorbeşti la o şedinţă • A observa o picătură de urină pe podeaua unei toalete publice care, de altfel, este foarte curată • Persoana cu TSPT are episoade de flashback atunci când vede o ştire despre un conflict dintr-o regiune îndepărtată.
Senzaţia iminenţei pericolului	Tendinţa de a presupune că ameninţarea este iminentă (proximă)	• O persoană cu TOC este convinsă de posibilitatea de a se contamina dacă se află în vecinătatea unei persoane fără adăpost. • Individul predispus la îngrijorare este convins că va fi concediat oricând. • Persoana care se teme că va vomita este îngrijorată că i se va face greaţă, deoarece are o „senzaţie de nelinişte".
Judecata emoţională	Presupunerea că pe cât este mai intensă anxietatea, pe atât mai mare este ameninţarea reală	• Zborul trebuie să fie periculos, deoarece sunt atât de anxios când zbor. • Persoana cu tulburarea de panică presupune că probabilitatea de a-şi „pierde controlul" este mai mare atunci când resimte o anxietate mai intensă. • Individul cu predispoziţie pentru îngrijorare este şi mai convins că se va întâmpla ceva rău, pentru că este anxios.
Gândirea de tipul totul sau nimic	Ameninţarea şi siguranţa sunt văzute în termeni rigizi, absoluţi, considerându-se că sunt fie prezente, fie absente.	• Persoana cu îndoieli obsesive este îngrijorată întotdeauna că nu a stins cum trebuie lumina. • Persoana cu anxietate socială este convinsă că atunci când ia cuvântul la serviciu, colegii o vor crede incompetentă. • O persoană care a trăit o traumă în trecut este convinsă că trebuie să evite tot ceea ce îi aminteşte de incidentul respectiv.

(continuare)

Identificarea erorilor gândirii anxioase

Numele:____ Data:____________

Instrucțiuni: Folosiți ca element de referință fișa „Erori și biasări frecvente în anxietate", pentru a nota în acest tabel propriile erori de judecată care apar atunci când sunteți anxios. Vă rugăm să vă concentrați asupra felului în care gândiți atunci când sunteți în situații anxiogene sau atunci când le anticipați. De asemenea, focalizați-vă asupra gândurilor aprehensive imediate și nu asupra reconsiderării secundare a situației.

Eroare de gândire	**Exemple ale propriilor mele erori de judecată**
Gândirea de tip catastrofic	______________________ ______________________ ______________________
Concluziile pripite	______________________ ______________________ ______________________
Vedere de tip tunel	______________________ ______________________ ______________________
Convingerea despre iminența amenințării	______________________ ______________________ ______________________
Judecata emoțională	______________________ ______________________ ______________________
Gândirea de tipul totul sau nimic	______________________ ______________________ ______________________

ANEXA 5.7

Formularul de verificare a reacţiilor comportamentale la anxietate

Numele:______ ______________________________________Data:____________

Instrucţiuni: Mai jos, aveţi o listă a modalităţilor diferite în care oamenii reacţionează la anxietate. Vă rugăm să menţionaţi cât de frecvent vă angajaţi în fiecare tip de răspuns atunci când sunteţi anxios, cât de eficace este strategia în diminuarea sau în eliminarea senzaţiilor de anxietate şi dacă consideraţi că strategia dumneavoastră conduce în mod neintenţionat la persistenţa anxietăţii.

Descrierile scalei: Cât de frecvent vă angajaţi în tipul acesta de reacţie atunci când sunteţi anxios? (0=niciodată, 50=în jumătate dintre situaţii, 100=tot timpul). Atunci când vă angajaţi în acest tip de reacţie, cât este de eficace în diminuarea anxietăţii? (0=deloc; 50=eficacitate moderată în reducerea anxietăţii; 100=elimină complet anxietatea). Bazându-vă pe propria experienţă, în ce măsură credeţi că reacţia aceasta contribuie la persistenţa anxietăţii dumneavoastră? (0=nu contribuie deloc, 50=contribuie în măsură moderată, 100=este un factor foarte important în persistenţa anxietăţii mele)

Reacţii comportamentale şi emoţionale	**Frecvenţă** (Scala 0-100)	**Eficacitate în diminuarea anxietăţii** (Scala 0-100)	**Sporeşte persistenţa anxietăţii** (0-100)
1. Încerc relaxarea fizică (de exemplu, relaxarea musculară, controlul respiraţiei etc.).			
2. Evit situaţiile care declanşează anxietatea.			
3. Părăsesc situaţiile respective de fiecare dată când resimt anxietate.			
4. Recurg la medicaţia prescrisă.			
5. Caut liniştirea, sprijinul din partea partenerului, a familiei sau a prietenilor.			
6. Mă angajez într-un ritual compulsiv (de exemplu, de verificare, de spălare, de numărare).			
7. Îmi distrag atenţia cu alte activităţi.			
8. Îmi reprim sentimentele (adică nu-mi exprim sentimentele).			
9. Folosesc marijuana, alcool sau alte droguri.			
10. Devin foarte emotiv, îmi vine să plâng.			
11. Am o izbucnire de furie.			
12. Devin agresiv fizic.			

ANEXA 5.7 *(pagina 2 din 2)*

Reacţii comportamentale şi emoţionale	**Frecvenţă** (Scala 0-100)	**Eficacitate în diminuarea anxietăţii** (Scala 0-100)	**Sporeşte persistenţa anxietăţii** (0-100)
13. Vorbesc sau acţionez mai rapid, grăbit.			
14. Devin tăcut, mă retrag dintre ceilalţi.			
15. Solicit asistenţă medicală/profesională (de exemplu, sun terapeutul sau medicul de familie, merg la serviciul de urgenţă).			
16. Folosesc Internetul ca să povestesc cu un prieten sau să caut informaţii.			
17. Reduc nivelul activităţii fizice.			
18. Mă odihnesc, dorm puţin.			
19. Încerc să găsesc o soluţie la problema care îmi provoacă anxietate.			
20. Mă rog, meditez, încercând să reduc senzaţiile anxioase.			
21. Fumez.			
22. Beau o cafea.			
23. Joc jocuri de noroc.			
24. Mă angajez într-o activitate plăcută.			
25. Mănânc o mâncare care îmi face plăcere (de exemplu, meniul favorit de la fast food).			
26. Caut un loc în care să mă simt în siguranţă, nu anxios.			
27. Ascult muzică de relaxare.			
28. Mă uit la TV sau vizionez nişte înregistrări video (DVD-uri).			
29. Fac ceva relaxant (de exemplu, fac o baie caldă, un duş, merg la masaj).			
30. Caut o persoană care mă face să mă simt în siguranţă, nu anxios.			
31. Nu fac nimic, las doar anxietatea „să treacă de la sine/să se consume".			
32. Fac exerciţii fizice (de exemplu, merg la sală, alerg).			
33. Citesc texte religioase, de meditaţie (de exemplu, Biblia, poezii, cărţi dedicate evoluţiei spirituale).			
34. Merg la cumpărături.			

ANEXA 5.8

Formularul A de automonitorizare a îngrijorării

Numele:____Data:____________

Instrucțiuni: Folosiți formularul de mai jos pentru a înregistra dacă aveți sau nu îngrijorări asociate anxietății. În prima coloană, notați unele situații în care vă simțiți anxios, apoi estimați intensitatea anxietății pe scala 0-100, apoi încercați să surprindeți primul gând aprehensiv (anxios) în situația respectivă. Puteți să consultați Formularul pentru automonitorizarea gândurilor aprehensive, dacă aveți nevoie de ajutor pentru a identifica gândul aprehensiv. În ultima coloană, notați tot ceea ce v-a îngrijorat în legătură cu acea situație și cât timp a durat îngrijorarea (număr de minute sau de ore).

Situația anxiogenă (Descrieți pe scurt și specificați data și ora.)	**Intensitatea anxietății** (Scala 0-100)	**Primul gând aprehensiv (anxios)**	**Conținutul îngrijorării** (Există ceva care te îngrijorează în legătură cu situația sau cu efectele anxietății? Există vreo consecință negativă care te îngrijorează? Cât timp ai fost îngrijorat?)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ANEXA 5.9

Lista de verificare a reacțiilor cognitive la anxietate

Numele:_______________________________________ Data:___________

Instrucțiuni: Aveți mai jos o listă a diverselor modalități prin care oamenii încearcă să-și controleze gândurile anxioase și îngrijorătoare. Vă rugăm să specificați cât de des vă angajați în fiecare dintre aceste reacții atunci când sunteți anxios și cât este de eficace strategia pentru diminuarea sau pentru eliminarea gândurilor anxioase.

Descrierile scalei: Cât de des vă angajați în această reacție atunci când vă simțiți anxios? (0=niciodată), 50=jumătate din timp, 100=tot timpul). Atunci când vă angajați în această strategie cognitivă, cât de eficientă este ea în reducerea sau în eliminarea gândurilor anxioase? (0=deloc; 50=eficacitate moderată în reducerea anxietății, 100=elimină complet anxietatea)

Reacția cognitivă de control față de gândirea anxioasă	**Cât de des este folosită strategia** (scala 0-100)	**Eficacitatea în reducerea gândirii anxioase** (scala 0-100)
1. Încerc în mod deliberat să nu mă gândesc la ceea ce mă îngrijorează sau mă face să mă simt anxios.		
2. Îmi spun că totul va fi ok și că se va termina cu bine.		
3. Încerc să raționalizez anxietatea, caut motive pentru care îngrijorările mele anxioase ar putea fi nerealiste.		
4. Încerc să-mi distrag atenția, gândindu-mă la altceva.		
5. Încerc să înlocuiesc gândul anxios cu un gând mai liniștitor, pozitiv.		
6. Fac în sinea mea remarci critice sau negative în legătură cu faptul că sunt anxios.		
7. Îmi spun că pur și simplu trebuie „să încetez să mai gândesc" așa.		
8. Îmi spun un îndemn care mă liniștește sau spun o rugăciune.		
9. Ruminez asupra gândului anxios sau asupra îngrijorării; reiau mereu în minte evenimentele din trecut și mă gândesc ce s-ar putea întâmpla în viitor.		
10. Când încep să mă simt anxios, încep să-mi reprim sentimentele, pentru a nu părea agitat sau supărat.		

ANEXA 5.10

Formularul de reevaluare a anxietății

Numele:____Data: ____________

Instrucțiuni: Vă rugăm să completați formularul de mai jos, pentru a constata care este perspectiva dumneavoastră atunci când sunteți anxios și atunci când nu sunteți anxios. Când sunteți anxios, descrieți care este rezultatul de care vă temeți cel mai mult și estimați-i probabilitatea percepută de la 0 (deloc probabil) la 100 (absolut de așteptat să se întâmple). Apoi, indicați cât de bine credeți că veți răspunde la anxietate și estimați nivelul de încredere în propria persoană între 0 (lipsa totală de încredere) și 100 (încredere absolută). Repetați formularul atunci când nu sunteți anxios. Privind în urmă la acele situații anxiogene, care este rezultatul așteptat și care este abilitatea dumneavoastră percepută de coping cu anxietatea?

Când sunteți anxios		**Când nu sunteți anxios**	
Rezultatul temut (Descrieți rezultatul cel mai temut și estimați-i probabilitatea între 0-100.)	***Abilitatea de coping cu anxietatea*** (Descrieți abilitatea de coping și încrederea între 0-100.)	***Rezultatul așteptat*** (Descrieți rezultatul cel mai probabil și estimați-i probabilitatea între 0-100.)	***Abilitatea de coping cu anxietatea*** (Descrieți abilitatea de coping și încrederea între 0-100.)

ANEXA 5.11

Diagrama conceptualizării cognitive a cazului pentru anxietate

Numele: ______________________ Data ședinței inițiale de evaluare: ________

A. INFORMAȚII DESPRE DIAGNOSTICUL CURENT

(Bazate pe ADIS sau SCID; durata se referă la lungimea tulburării curente)

Diagnostic primar de pe axa I: ____________________ Durata: __________
Diagnostic secundar de pe axa I: ____________________ Durata: __________
Diagnostic terțiar de pe axa I: ____________________ Durata: __________
Diagnostice subclinice adiționale: ______________________________
Număr de episoade pentru diagnosticul primar: ______________________

B. PROFILUL SIMPTOMELOR

Scorul total la Inventarul Beck de Anxietate: _____ Scorul total la Inventarul Beck de Depresie-II: _____
Lista pentru verificarea cognițiilor-Anxietate: _____ Lista pentru verificarea cognițiilor-Depresie: _____
Scorul total la Scala Hamilton de evaluare a anxietății (*opțional*): ________
Scorul total la Chestionarul Penn pentru Îngrijorare: ________
Scorul mediu zilnic al anxietății pretratament (*suma scorurilor pentru o săptămână/7*): _____

C. PROFILUL REACȚIEI IMEDIATE DE FRICĂ

Analiză situațională

Notați declanșatorii externi primari.	Notați declanșatorii interni/cognitivi primari.
1. ____________________	1. ____________________
2. ____________________	2. ____________________
3. ____________________	3. ____________________
4. ____________________	4. ____________________
5. ____________________	5. ____________________



Primele gânduri/imagini aprehensive

Notați gândurile/imaginile automate anxiogene esențiale.

(prezente în timpul episoadelor anxioase)

1. ______________________________________
2. ______________________________________
3. ______________________________________
4. ______________________________________



(continuare)

ANEXA 5.11 *(pagina 2 din 3)*

Perceperea hiperactivării fiziologice

Senzații/simptome fizice principale	Interpretarea eronată a senzației/simptomului
1. ______	1. ______
2. ______	2. ______
3. ______	3. ______
4. ______	4. ______
5. ______	5. ______



Reacţii inhibitorii/de apărare automate

Enumeraţi reacţiile comportamentale defensive principale.	Enumeraţi reacţiile cognitive defensive principale.
1. ______	1. ______
2. ______	2. ______
3. ______	3. ______
4. ______	4. ______

***Marcaţi reacţiile defensive cu funcţie de căutare a siguranţei cu un asterisc.**



Erori cognitive principale

(evidente în timpul episoadelor anxioase)

Tipul erorii cognitive	Exemplu real de eroare extras din evaluarea pacientului
1. ______	1. ______
2. ______	2. ______
3. ______	3. ______
4 ______	4. ______
5. ______	5. ______

D. PROFILUL REEVALUĂRII SECUNDARE

Principalele strategii comportamentale şi emoţionale de coping

Descrieți pe scurt strategia de coping.	Efectul perceput în reducerea anxietății
1. ______	1. ______
2. ______	2. ______
3. ______	3. ______
4. ______	4. ______
5. ______	5. ______

***Marcaţi strategiile de coping cu funcţie de căutare a siguranţei cu un asterisc.**



(continuare)

ANEXA 5.11 *(pagina 3 din 3)*

Simptome principale ale îngrijorării

Descrieţi pe scurt conţinutul principal al îngrijorării în timpul episoadelor anxioase.

1. ______________________________
2. ______________________________
3. ______________________________
4. ______________________________
5. ______________________________



Strategii principale de control al gândurilor

Descrieţi pe scurt strategia de control	Efectul perceput în reducerea anxietăţii
1. ______________________________	1. __________
2. ______________________________	2. __________
3. ______________________________	3. __________
4. ______________________________	4. __________
5. ______________________________	5. __________



Evaluarea ameninţării şi a vulnerabilităţii în timpul episodului anxios

(Prezentaţi pe scurt perspectiva pacientului asupra ameninţării şi asupra vulnerabilităţii, atunci când este anxios.)

____

____

____

____

____

____

____

____

Reevaluarea ameninţării şi a vulnerabilităţii când pacientul nu este anxios

(Prezentaţi pe scurt perspectiva pacientului asupra ameninţării şi asupra vulnerabilităţii, atunci când nu este anxios.)

____

____

____

____

____

____

____

____

ANEXA 5.12

Rezumatul reperelor pentru investigația primară rapidă - Capitolul 5: Evaluarea cognitivă a anxietății

I. Administrarea interviului pentru diagnostic (ADIS-IV sau SCID-IV)

II. Evaluarea profilului simptomelor
Inventarul Beck pentru anxietate (scor de departajare 10+), Lista pentru verificarea cognițiilor-Subscala pentru anxietate (M=18,13, SD=10,06 pentru diagnosticul primar de tulburare de anxietate),* Chestionarul Penn pentru starea de îngrijorare (punct de secțiune 45+), Indexul sensibilității la anxietate (M =19,1, SD=9,11 pentru nonclinic; M=36,4, SD=10,3 pentru tulburarea de panică +, BDI-II (punct de secțiune 14+), Ratingul dispoziției afective zilnice (Anexa 5.1 – Formularul pentru evaluarea zilnică a anxietății și pentru situațiile anxiogene); măsurători opționale (HRSA, DASS, STAI)

III. Profilul activării imediate a fricii

1. **Analiza situațională** (evaluați declanșatorii de mediu, cei interoceptivi și cei cognitivi; folosiți Anexa 5.2 – Formularul pentru analiza situațională; obțineți o descriere amănunțită, evaluați intensitatea și durata anxietății, reacțiile fugă/evitare, stimulii declanșatori specifici; începeți în timpul ședinței și apoi solicitați efectuarea ei ca temă de automonitorizare).
2. **Evaluați primele gânduri aprehensive** (oferiți explicațiile ilustrative de la pagina 142; sondare/investigare - „Care este lucrul cel mai rău care se poate întâmpla?", „Ce te îngrijorează în legătură cu situația aceasta?"; folosiți Anexa 5.4 – Lista gândurilor aprehensive pentru automonitorizare; începeți sondarea/investigarea în timpul ședinței).
3. **Activarea percepută a sistemului nervos autonom** (răspunsurile fiziologice tipice și interpretarea lor; folosiți Anexa 5.3 – Formular de automonitorizare a senzațiilor fizice sau Anexa 5.5 – Lista extinsă de verificare a senzațiilor fizice prin automonitorizare; în timpul ședinței și prin automonitorizare).
4. **Reacții defensive automate** (investigați existența evitării cognitive, a comportamentului orientat către căutarea liniștirii, identificați existența compulsiilor, a reacției imediate luptă/fugă, evitarea contactului vizual, leșinul, căutarea automată a siguranței, senzația de înțepenire etc.; completați pe parcursul ședinței și prin observație).
5. **Erori cognitive de procesare** (înmânați-i pacientului o listă cu erorile comune – Anexa 5.6 și folosiți Lista de identificare a erorilor gândirii anxioase, pentru a descoperi care sunt erorile tipice ale pacientului; completați-o în timpul ședinței).

IV. Profilul răspunsului secundar elaborat

1. **Evaluați reacțiile de coping** (evaluați reacțiile comportamentale și emoționale de coping în stările anxioase; folosiți Anexa 5.7 – Lista de verificare a reacțiilor comportamentale la anxietate în timpul ședinței de terapie).
2. **Evaluați funcția de căutare a siguranței a reacțiilor de coping** (identificați reacțiile folosite pentru instilarea sentimentului de siguranță și efectele sale asupra anxietății; de realizat în timpul ședinței de terapie).
3. **Identificați abordările constructive, adaptative ale anxietății** (orice dovadă a faptului că pacientul recurge la modalități sănătoase de coping cu anxietatea în alte situații; se realizează în timpul ședinței de terapie).
4. **Evaluați rolul îngrijorării** (folosiți Anexa 5.8 – Formularul A de evaluare a conținutului îngrijorării; stabiliți efectele sale asupra anxietății; de realizat în timpul ședinței de terapie).
5. **Identificați strategiile cognitive de coping** (folosiți Anexa 5.9 – Lista de verificare a reacțiilor cognitive la anxietate, pentru a estima gradul de încredere și nivelul de eficacitate perceput în legătură cu reacțiile cognitive dezadaptative, cum ar fi reprimarea gândurilor, căutarea liniștirii, întreruperea gândurilor etc.; se realizează în timpul ședinței de terapie).
6. **Obțineți o descriere a reestimării amenințării** (folosiți Anexa 5.10 – Formularul de reevaluare a anxietății pentru a obține estimări de tip anxios și neanxios; cele din urmă vor deveni un obiectiv al tratamentului; de realizat în timpul ședinței de terapie).

V. Realizați conceptualizarea cazului (folosiți Anexa 5.11 – Diagrama pentru conceptualizarea cognitivă de caz în anxietate)

*Steer, R.A., Beck, A.T., Clark, D.A., și Beck, J. S. (1994). Proprietățile psihometrice ale Listei pentru verificarea cognițiilor la pacienți psihiatrici tratați ambulator și la studenți. Psychological Assessment, 6, 67–70.
+Antony, M.M. (2001). Măsurători pentru tulburarea de panică și pentru agorafobie. În: M.M. Antony, S.M. Orsillo și L. Roemer (Editori), Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety (pp. 95–125). New York: Kluwer Academic/Plenum.

CAPITOLUL 6

INTERVENȚII COGNITIVE PENTRU ANXIETATE

Curajul nu este lipsa fricii, este capacitatea de a o înfrunta.

– Lt. JOHN B. PUTNAM JR.
(aviator al Forțelor Aeriene Americane, în vârstă de 23 de ani, ucis în cel de-Al Doilea Război Mondial)

Pierre este un tânăr de 33 de ani, căsătorit și cu doi copii preșcolari, care suferă de 15 ani de o tulburare de panică și a avut un singur episod de depresie majoră în remisie. Tratamentul din trecut a fost în primul rând farmacologic și s-a dovedit destul de eficace în diminuarea depresiei, dar a avut un impact mai mic asupra simptomelor anxietății. Pierre dorește să urmeze un program de terapie cognitiv-comportamentală pentru anxietate și pentru simptomele tulburării de panică.

Când a fost admis, Pierre întrunea criteriile de diagnostic pentru tulburarea de panică. El a raportat cel puțin cinci atacuri complete de panică în ultima lună, însoțite de palpitații, transpirație, greață, dificultăți de respirație, bufeuri, amețeală și senzația de vid mental. Greața era senzația fizică inițială, care deseori precipita declanșarea atacului de panică. Pierre se temea să nu vomite. Teama sa cea mai mare era că își va pierde controlul și va vomita într-un loc public. De aceea era hipervigilent, pentru a detecta orice semn de greață sau de disconfort abdominal. Din cauza aprehensiunii legate de anxietatea ridicată și de panică, Pierre a dezvoltat simptome agorafobice limitate, pentru a evita riscul declanșării panicii.

Principalul fundament cognitiv al anxietății lui Pierre era convingerea că „senzația de greață sau de disconfort abdominal, resimțită într-un spațiu public, îl va face să vomite sau, cel puțin, îi va provoca o anxietate intensă ori panică.” Interpretarea sa catastrofică greșită despre greață nu era legată de teama de a voma în sine (adică nu se temea că i se va face rău), ci de faptul că va suferi un atac de panică, iar acesta îl va face să se simtă extrem de stânjenit, pentru că va voma în public. Își amintea un singur incident în care a vomat ca

reacție la un atac grav de panică. Se pare că incidentul respectiv a fost cauzat de creşterea recentă a dozei de medicamente. În ultima vreme, au apărut dovezi că anxietatea sa pare să se generalizeze cuprinzând şi alte situații, cum ar fi zborul, călătoriile la distanță de casă şi somnul.

Pierre a dezvoltat câteva strategii de coping pentru a-şi minimaliza anxietatea. Deşi ieşirea din situație şi evitarea constituiau modul său predominant de a reacționa pentru căutarea siguranței, el monitoriza cu atenție ceea ce mânca şi bea, stătea în spate şi aproape de culoar când participa la o adunare şi îşi lua întotdeauna cu el clonazepamul, când pleca de acasă. Evaluarea exagerată a lui Pierre în privința amenințării asociate senzației de greață nu se manifesta în alte segmente ale vieții sale. Era un jucător pasionat de hochei pe gheață, care a continuat să joace ca portar într-o echipă de seniori. Prin urmare, se expunea mereu pericolelor, deoarece, când oprea puck-ul, se rănea des şi suferea tot felul şi de lovituri. Acest lucru nu îl făcea câtuşi de puțin să se simtă anxios. În schimb, senzația de greață sau de disconfort abdominal era asociată evaluărilor unor amenințări şi pericole de nesuportat.

Terapia s-a concentrat asupra interpretării catastrofice pe care Pierre o asocia senzației de greață. Expunerea *in vivo* nu era deosebit de utilă, deoarece Pierre se expunea deja în mod forțat situațiilor anxioase, deşi deseori se întâmpla să plece atunci când începea să se îngrijoreze în legătură cu greața. Expunerea interoceptivă nu a fost utilizată, deoarece este dificil să se producă senzații de greață într-un mediu controlat. În schimb, terapia a folosit cu precădere strategii de intervenție cognitivă țintite către evaluarea greşită a lui Pierre în legătură cu senzația de greață, către convingerea disfuncțională că greața îi va declanşa atacul de panică şi atunci o să vomeze şi către convingerea că părăsirea locului respectiv era mijlocul cel mai eficace pentru a-şi restabili siguranța. Primele strategii ale intervenției cognitive folosite au fost familiarizarea cu modelul terapiei cognitive al tulburării de panică, strângerea dovezilor, generarea interpretărilor alternative şi testarea empirică a ipotezelor. După opt şedințe, Pierre a raportat o diminuare semnificativă a stărilor de panică, chiar şi în cazul expunerii prelungite la situații provocatoare de anxietate. Simptomele anxietății generale s-au diminuat, dar într-un grad mai redus. Terapia a continuat cu orientarea către alte aspecte legate de nivelul general al anxietății şi al simptomelor depresive, cum ar fi încrederea de sine scăzută şi pesimismul.

În capitolul acesta, vom descrie terapia cognitivă pentru evaluările şi convingerile dezadaptative care contribuie la persistența anxietății. Începem cu scopul şi obiectivele principale care stau la baza intervențiilor cognitive. Urmează o discuție despre modul în care trebuie familiarizat pacientul cu modelul cognitiv şi cum trebuie să dobândească acesta abilitățile pentru identificarea gândurilor şi evaluărilor anxioase automate. Vom descrie apoi utilizarea restructurării cognitive pentru modificarea evaluărilor exagerate ale amenințării şi ale vulnerabilității, precum şi pentru eliminarea reacțiilor intenționate de control al gândurilor. În continuare, este descrisă testarea empirică a ipotezelor ca cea mai puternică strategie a intervenției cognitive pentru modificarea cogniției anxioase. Capitolul se încheie cu o scurtă prezentare a celor mai noi intervenții cognitive, cum ar fi trainingul atențional,

intervenția metacognitivă, reprocesarea imaginilor, focalizarea atenției în mod intenționat și difuziunea cognitivă, care par cele mai promițătoare contribuții în domeniul terapiei cognitive a anxietății.

PRINCIPALELE OBIECTIVE ÎN INTERVENȚIILE COGNITIVE

Strategiile cognitive ale tratamentului descrise în capitolul acesta se bazează pe modelul cognitiv al anxietății, descris în Capitolul 2 (vezi Figura 2.1). Ele țintesc gândurile, evaluările și convingerile anxioase evidențiate de evaluare și de conceptualizarea cazului (vezi Capitolul 5). Intervențiile cognitive caută să modifice perspectiva pacientului dintr-una axată pe pericol și vulnerabilitate personală exagerate, într-o perspectivă a minimei amenințări acceptabile și a abilității percepute de coping. Intervențiile cognitive pentru anxietate au șase obiective principale.

Modificarea focalizării asupra amenințării

Unul dintre primele obiective ale intervențiilor cognitive este acela de a comuta atenția pacientului de la situația sau stimulul intern sau extern care este considerat ca fiind cauza temerii și a anxietății. Majoritatea indivizilor suferind de o tulburare de anxietate încep terapia crezând că situația care declanșează episoadele lor anxioase ar fi cauza anxietății lor. De exemplu, indivizii suferind de tulburarea de panică cred că sunt anxioși deoarece au dureri toracice care ar putea să conducă la un atac de cord, iar indivizii suferind de TAG consideră că posibilitatea reală de a trăi experiențe negative de viață în viitorul apropiat constituie cauza anxietății lor. Ca rezultat al acestei convingeri, indivizii recurg la intervenții care să îndepărteze/ diminueze ceea ce ei consideră a fi sursa anxietății. Persoana cu tulburare de panică încearcă să elimine durerea toracică, îndepărtând astfel posibilitatea de a suferi un atac de cord, în vreme ce persoana cu fobie socială va căuta semne care să-i indice că nu este evaluată negativ. Una dintre primele sarcini ale terapiei cognitive este aceea de a-i ajuta pe pacienți să înțeleagă faptul că declanșatorii situațiilor și posibilitatea percepută ale unor rezultate îngrozitoare nu constituie cauza anxietății. Acest lucru se realizează cu ajutorul intervențiilor de restructurare cognitivă și de testare empirică a ipotezelor pe care le vom prezenta mai jos.

Este esențial ca terapeutul cognitivist să evite orice încercare de a-i convinge verbal pe pacienții anxioși de inexistența amenințării anxioase. Avertismentul acesta de a nu încerca modificarea verbală a conținutului amenințării a fost subliniat de Salkovskis (1985, 1989), pentru cazurile de tratament al obsesiilor. Terapeutul nu trebuie să se lanseze în dezbateri verbale referitoare la posibilitatea ca pacientul să sufere un atac de cord, să se sufoce, să-i contamineze pe ceilalți cu un virus mortal, să comită o greșeală, să fie evaluat negativ într-un context social, să cadă victimă unui alt atac sau să se confrunte cu o situație negativă în viitor. Până la urmă, indiferent cât de inteligente ar fi argumentele terapeutului, ele vor fi contrazise de pacient,

deoarece greşeli se întâmplă, oamenii pot contracta boli şi chiar şi un tânăr poate muri de atac de cord. Realitatea este că ameninţarea nu poate fi niciodată complet eliminată. În cel mai bun caz, aceste intervenţii persuasive îl vor linişti pe pacient pentru o vreme, eliberându-l de povara anxietăţii şi, în cel mai rău caz, clientul nu va mai crede în eficacitatea terapiei cognitive. Astfel, pentru succesul terapiei cognitive, este esenţial ca aceasta să evite focalizarea directă asupra conţinutului ameninţării pacientului.

Instructiuni pentru clinician 6.1

Evitaţi orice încercare de a folosi argumente logice pentru a-l convinge pe pacient în legătură cu conţinutul ameninţării primare. Astfel de încercări vor submina eficacitatea terapiei cognitive şi vor avea ca rezultat persistenţa stării de anxietate.

6

Concentrarea asupra evaluărilor şi a convingerilor

Perspectiva cognitivă concepe anxietatea în termenii unui sistem de procesare a informaţiilor care exagerează probabilitatea şi severitatea ameninţării, minimalizează abilitatea personală de coping şi nu reuşeşte să identifice aspectele siguranţei (Rachman, 2006). De aceea, un obiectiv important al terapiei cognitive este acela de a deplasa atenţia pacientului de la conţinutul ameninţării la modul în care acesta o evaluează sau o estimează. Pentru ca terapia cognitivă să fie eficace, pacientul trebuie să accepte modelul cognitiv (adică raţionamentul din spatele tratamentului), potrivit căruia anxietatea este provocată de gândurile, convingerile şi evaluările greşite privind ameninţarea, mai degrabă decât de conţinutul în sine al ameninţării.

Această abordare a anxietăţii admite faptul că, deseori, indivizii suferind de o tulburare de anxietate nu reuşesc să adopte o estimare raţională, realistă a pericolelor legate de îngrijorările lor anxioase, mai ales în timpul stărilor anxioase. De fapt, indivizii anxioşi recunosc frecvent că un anumit pericol este puţin probabil sau chiar imposibil. Cu toate acestea, problema este că ei vor estima şi cel mai îndepărtat pericol (1/1,000,000,000) ca fiind un risc inacceptabil. Prin urmare, terapeutul cognitivist trebuie să se concentreze asupra gândurilor, evaluărilor şi convingerilor despre ameninţare (de exemplu, senzaţia de greaţă) şi despre vulnerabilitate, mai mult decât asupra conţinutului ameninţării per se. Urmează un fragment clinic ilustrând modul în care se poate realiza această modificare de orientare terapeutică în cazul unei persoane suferind de fobie socială:

TERAPEUTUL: Citindu-ţi jurnalul, am observat că ai fost deosebit de anxios într-o şedinţă pe care ai avut-o cu colegii săptămâna trecută.
PACIENTUL: Da, anxietatea a fost chiar intensă. M-am temut foarte tare că mi se va adresa vreo întrebare.
TERAPEUTUL: Ce ar fi atât de rău în legătură cu aceasta?

PACIENTUL: Mă tem că voi spune o prostie şi că toată lumea mă va considera un tâmpit.

TERAPEUTUL: Ce crezi că te-a determinat să fii atât de îngrijorat în legătură cu şedinţa?

PACIENTUL: Am fost îngrijorat că s-ar putea să mi se adreseze o întrebare, iar eu să spun o prostie şi atunci le voi face o impresie proastă. [concentrare asupra conținutului amenințării]

TERAPEUTUL: Se pare că ai avut cu adevărat gânduri anxioase de genul „ce se va întâmpla dacă mă întreabă ceva" şi „ce se va întâmpla dacă spun o prostie". Crezi că alți oameni care nu suferă de anxietate socială au şi ei astfel de gânduri uneori?

PACIENTUL: Presupun că da, însă ei nu se simt atât de anxioşi ca mine.

TERAPEUTUL: Adevărat, aceasta este o mare diferență. Dar mă întreb dacă diferența aceasta se datorează felului în care îți evaluezi aceste gânduri atunci când ele apar şi felului cum le evaluează o persoană neanxioasă înainte de o şedință de lucru.

PACIENTUL: Nu înțeleg exact ce vrei să spui.

TERAPEUTUL: Când te gândeşti „S-ar putea să mă întrebe ceva" şi „aş putea spune o prostie", cât de probabil crezi că este să se întâmple lucrul acesta şi care crezi că ar putea fi consecința sau rezultatul?

PACIENTUL: Când sunt anxios, înclin să fiu convins că voi spune o prostie şi că toată lumea va crede că sunt un idiot.

TERAPEUTUL: Înseamnă că, atunci când ai gândurile acestea anxioase, evaluezi probabilitatea ca fiind foarte ridicată („voi spune o prostie") şi consecințele le consideri groaznice („cu toții vor crede că sunt un idiot"). Crezi că aceasta ar putea fi sursa anxietății tale, că aceste estimări ale tale legate de o probabilitate mare şi de consecințe grave te fac anxios? [concentrare asupra estimărilor amenințării]

PACIENTUL: Nu ştiu exact. Întotdeauna am crezut că ceea ce mă face anxios este tendința mea de a spune stupidități când mă aflu în preajma oamenilor.

TERAPEUTUL: Haide să vedem dacă putem afla mai multe despre acest lucru. Ca temă de casă, ai nişte prieteni apropiați sau nişte rude pe care să-i poți întreba dacă au fost vreodată îngrijorați de faptul că ar putea spune o prostie într-un context public? Ar fi interesant de aflat cum evaluează sau ce gândesc ei despre asemenea situații, astfel încât să nu se simtă anxioşi.

PACIENTUL: Da, pot să fac acest lucru.

TERAPEUTUL: Excelent. Deci să vedem dacă felul în care estimăm sau considerăm anumite situații (de exemplu, „probabil voi spune o tâmpenie şi toți mă vor crede un prost") este sau nu o cauză a anxietății. Dacă estimările acestea sunt importante, atunci vom dori să le schimbăm în cadrul tratamentului nostru pentru anxietatea socială.

Instructiuni pentru clinician 6.2

Un element esențial în terapia cognitivă a anxietății este învățarea pacienților că sursa anxietății lor persistente o constituie estimările lor biasate privind amenințarea. Succesul altor intervenții cognitive depinde de acceptarea de către pacienți a acestei formulări cognitive ori de procesare a informațiilor pentru anxietate.

6

Modificarea estimărilor și convingerilor biasate în privința amenințării, a vulnerabilității și a siguranței

În terapia cognitivă a anxietății, obiectivul principal al intervențiilor este acela de a modifica estimările exagerate ale amenințării și ale vulnerabilității personale ce țin de îngrijorările anxioase primare, precum și încurajarea unei schimbări a perspectivei pacientului asupra aspectelor legate de siguranța unei situații. Intervențiile cognitive vizează cu precădere patru elemente fundamentale ale cogniției eronate.

- *Estimările privind probabilitatea*: Care este amenințarea sau pericolul perceput? Generează pacientul o estimare exagerată a amenințării sau a pericolului?
- *Estimările privind gravitatea*: Există o evaluare biasată a gravității rezultatului sau a consecinței amenințării?
- *Estimările privind vulnerabilitatea*: Care este nivelul vulnerabilității personale percepute într-o situație anxiogenă? În ce măsură sunt exagerate slăbiciunile percepute ale pacientului când acesta este anxios?
- *Estimări legate de siguranță*: Care informații privind siguranța sunt ignorate sau subevaluate, rezultatul fiind estimarea unei siguranțe reduse în situația anxioasă?

Evaluările eronate ale amenințării și ale vulnerabilității sunt evidente în gândurile sau imaginile aprehensive automate, în interpretările greșite ale stimulării fiziologice, în erorile cognitive, în strategiile disfuncționale de apărare sau de coping și în simptomele îngrijorării primare identificate în conceptualizarea cazului (vezi Anexa 5.11). Tabelul 6.1 ilustrează evaluările tipice asociate tulburărilor de anxietate.

După ce evaluările biasate au fost formulate clar în terapie, obiectivul intervențiilor este acela de a ajunge la o evaluare mai echilibrată, realistă a probabilității și gravității amenințării, a abilității reale de coping a persoanei în situația respectivă și dacă este mai realistă alegerea variantei care presupune siguranță mai degrabă decât cea care presupune pericol.

TABELUL 6.1. Exemple ilustrative pentru estimări ale amenințării, vulnerabilității și siguranței asociate tulburărilor de anxietate

Tulburări de anxietate	Estimări ale probabilității amenințării	Estimări ale gravității amenințării	Estimări ale vulnerabilității percepute	Estimări biasate ale siguranței
Tulburarea de panică	„Am dificultăți de respirație, nu am suficient aer."	„Dacă nu pot să respir, mă sufoc și mor ?"	„Nu suport senzația aceasta de sufocare, este o experiență îngrozitoare."	„Nu este nimeni pe-aproape să mă ajute. Sunt atât de departe de spital. Am nevoie de mai mult oxigen."
Tulburarea de anxietate generalizată	„Pur și simplu știu că voi avea o prestație neconvingătoare la interviul pentru angajare."	„O să mă fac de minune; intervievatorii se vor întreba de ce solicit această slujbă. Nu voi găsi niciodată un serviciu bun."	„Niciodată nu sunt bun la interviuri. Devin atât de anxios, încât îmi pierd concentrarea și încep să bat câmpii."	„Interviurile pentru angajare caută doar o scuză ca să te respingă. În plus, ei au decis deja că nu te vor angaja înainte de a începe interviul."
Fobia socială	„Oamenii se uită la mine și observă că tremur."	„Se vor întreba ce este cu mine; oare suferă de o boală mintală?"	„Nu reușesc să fac față acestor situații sociale; devin prea anxios."	„Nu-mi pot ascunde anxietatea în fața celorlalți; cum să nu observe că sunt anxios?"
Tulburarea obsesiv-compulsivă	„Am senzația îngrozitoare că nu am stins aragazul."	„Dacă am lăsat aragazul pornit, se poate produce un incendiu."	„Am tendința să fac greșeli, să uit, așa că e foarte posibil să fi uitat aragazul pornit."	„Nu îmi amintesc exact să-l fi stins. Trebuie să verific și să mă concentrez serios dacă am răsucit complet butonul."
Tulburarea de stres posttraumatic	„Trebuie să evit situațiile care îmi amintesc de traumă, deoarece voi avea amintiri intruzive ale celor întâmplate."	„Mă simt atât de singur, de neajutorat și de înspăimântat când apar aceste gânduri intruzive și amintirile ambuscadei. Este aproape la fel de rău ca și cum s-ar trage asupra mea."	„Trebuie să opresc aceste gânduri intruzive și flashback-uri cu ambuscada. Și, totuși, nu pot să le controlez; au ajuns să-mi domine viața."	„Pot să uit doar atunci când beau. Nu scap de amintirile acestea nici în somn."

Perspectiva din urmă poate fi atinsă ajutându-i pe pacienți să renunțe la practicile lor dezadaptative de căutare a siguranței și să se concentreze asupra aspectelor situației anxioase care denotă siguranță. Intervențiile precum restructurarea cognitivă și testarea empirică a ipotezelor sunt folosite pentru

realizarea acestei modificări a gândurilor, a convingerilor şi a estimărilor anxioase.

Concentrarea asupra modificării estimărilor ameninţării a constituit întotdeauna elementul central în terapia cognitivă a anxietăţii (de exemplu, D.M. Clark, 1986b; Wells, 1997). Beck şi colab. (1985, 2005) susţin că restructurarea cognitivă îi învaţă pe pacienţi să înlocuiască întrebările despre „de ce" se simt anxioşi cu întrebarea „cum" fac să se simtă anxioşi (adică estimările ameninţării). Manualele recente de tratament cognitiv-comportamental al tulburărilor de anxietate au accentuat, de asemenea, folosirea intervenţiilor cognitive pentru modificarea estimărilor ameninţării (de exemplu, Craske şi Barlow, 2006; D.A. Clark, 2004; D.M. Clark, 1997; Rachman, 2003; Rygh şi Sanderson, 2004; Taylor, 2006). În plus, dovezile oferite de literatura experimentală socială în legătură cu emoţiile indică faptul că reestimarea cognitivă ca strategie de coping este asociată unei emoţii pozitive mai intense, emoţiei negative scăzute şi sănătăţii psihologice (John şi Gross, 2004). Astfel, accentul pe care noi îl punem pe reestimarea ameninţării şi a vulnerabilităţii este larg susţinut de literatura psihoterapeutică şi experimentală.

Instructiuni pentru clinician 6.3

Interesul primordial al intervenţiilor cognitive este modificarea estimărilor (evaluărilor) exagerate privind gravitatea ameninţării, precum şi a evaluărilor referitoare la vulnerabilitatea personală şi la lipsa de siguranţă.

Normalizarea fricii şi a anxietăţii

Normalizarea anxietăţii a fost discutată prima dată de Beck şi colab. (1985), în capitolul lor despre modificarea componentei afective a anxietăţii. În vremea aceea, normalizarea anxietăţii era văzută ca o modalitate de a-i ajuta pe pacienţi să devină mai puţin absorbiţi de propriile simptome anxioase. Există trei aspecte ale normalizării anxietăţii pe care trebuie le să luăm în considerare.

1. *Normalizarea în relaţie cu ceilalţi.* Situaţiile, gândurile şi senzaţiile asociate anxietăţii în sine trebuie normalizate. Indivizii anxioşi sunt deseori atât de concentraţi asupra propriei lor stări de anxietate, încât nu reuşesc să-şi dea seama că fenomenele acestea sunt aproape universale. De exemplu, cât de des li se întâmplă oamenilor să sufere dureri toracice sau să aibă senzaţia de sufocare, să fie îngrijoraţi că au făcut impresie proastă, să se îndoiască în privinţa propriilor acţiuni sau decizii, să simtă incertitudine în legătură cu posibilitatea unui accident sau a unei calamităţi în viitor sau să-şi amintească o experienţă înfricoşătoare? Terapeutul poate să-i roage pe pacienţi să se gândească la „normalitatea ameninţării" şi, eventual, să strângă informaţii din sondaje care evidenţiază dacă indivizii neanxioşi resimt vreodată ameninţarea anxioasă. Scopul acestui exerciţiu este deplasarea atenţiei individului de la

conținutul amenințării ca sursă a anxietății, către evaluarea amenințării care este factorul care contribuie în mod decisiv la starea lor de anxietate.

2. *Normalizarea în relație cu experiențele trecute.* Terapeutul trebuie să exploreze experiențele trecute ale pacienților cu situații, gânduri sau senzații care acum le declanşează anxietatea. „A existat o vreme în care senzația de apăsare în piept nu te deranja?"; „Întotdeauna ai fost atât de îngrijorat în legătură cu ceea ce gândesc alții despre tine?"; „A existat o perioadă în care îngrijorarea aceasta legată de viruşi nu conta prea mult în viața ta?". Întrebările despre trecut îi ajută pe pacienți să-şi amintească de vremea când reuşeau mult mai bine să facă față amenințării percepute. Din nou, aceasta deplasează atenția de la „Sunt o persoană atât de anxioasă" la „Ce din ceea ce fac acum poate să conducă la această intensificare atât de puternică a anxietății?"

3. *Normalizarea în relație cu situațiile.* Când evaluează situațiile care declanşează anxietatea, terapeutul cognitivist poate să identifice şi alte situații care declanşează aceleaşi gânduri sau senzații, dar care nu conduc la declanşarea unui episod anxios. De exemplu, atunci când se lucrează cu tulburarea de panică, este util să se afle dacă pacientul simte senzațiile fizice atunci când este antrenat într-o activitate obositoare, dar nu resimte deloc anxietate. De fapt, ca un experiment comportamental, pacienții pot fi îndemnați să facă exerciții fizice, pentru a evidenția evaluările lor diferite în legătură cu senzațiile fizice (vezi discuția în capitolul următor). Acest tip de normalizare evidențiază natura situațională a anxietății şi pune din nou accentul pe abilitatea de coping a pacientului când se confruntă cu declanşatori ai anxietății, dacă aceştia apar în situații non-anxiogene. De asemenea, consolidează perspectiva cognitivă conform căreia anxietatea este generată mai degrabă de estimări decât de stimuli reali care declanşează starea de anxietate. (De exemplu, „Atunci când faci sport şi simți o apăsare în piept, o pui pe seama efortului fizic. Te aştepți să te simți aşa atunci când faci sport. Dar atunci când simți o apăsare spontană în piept, o atribui unui posibil atac de cord. Îți spui că se întâmplă ceva rău, ceva nu este în regulă. Prin urmare, atunci când faci sport, interpretezi apăsarea în piept într-un mod care nu conduce la anxietate, iar când aceasta apare pe neaşteptate, interpretezi senzațiile în alt mod, care conduce la anxietate, chiar la panică.")

Normalizarea fricii şi a anxietății constituie un obiectiv important al terapiei cognitive a anxietății. Ea nu doar consolidează concentrarea asupra estimărilor amenințării care sunt sursa anxietății, ci şi produce o atitudine mai optimistă în ceea ce priveşte învingerea/ dominarea anxietății. Pacienților li se aminteşte că, deseori, reacționează la amenințare într-o manieră neanxioasă, chiar curajoasă. După cum a observat recent Rachman (2006), „În circumstanțe precise, în mod virtual, oricine, inclusiv pacienții suferind de tulburări de anxietate, se poate comporta curajos" (p. 7). În terapia cognitivă, noi le amintim pacienților că ei „închid frecvent programul fricii" în diverse situații care nu sunt legate de tulburarea lor de anxietate. Obiectivul tratamentului este, atunci, să-i ajutăm să-şi construiască propriile abilități naturale pentru a-şi învinge frica şi să aplice/ să folosească aceste resurse în tulburarea de anxietate.

Instructiuni pentru clinician 6.4

Normalizarea fricii şi a anxietăţii, un element important al terapiei cognitive, este realizată prin sublinierea caracterului universal al fricii, a experienţelor pacientului cu stimuli ai anxietăţii în trecut şi a naturii situaţionale sau variabile a declanşatorilor anxioşi.

Consolidarea eficacităţii personale

În terapia cognitivă, intervenţiile terapeutice nu se concentrează doar asupra modificării estimărilor greşite ale ameninţării, ci şi asupra corectării convingerilor eronate legate de vulnerabilitatea personală şi de incapacitatea percepută de a se confrunta cu propriile îngrijorări. Terapeutul cognitivist poate construi perspectiva pe care o are pacientul asupra vulnerabilităţii pornind de la primele gânduri aprehensive, reacţii defensive automate, strategii de coping şi îngrijorări identificate în conceptualizarea cognitivă de caz. O temă importantă reiterată pe toată durata tratamentului este „Eşti mai puternic decât crezi", atunci când se pune problema confruntării cu grijile anxioase. Construirea unui sentiment mai puternic al autoeficacităţii (Bandura, 1977, 1989) prin structurarea experienţelor şi prin evidenţierea informaţiilor care întăresc controlul sau abilitatea percepute în legătură cu ameninţarea specifică anxietăţii sunt elemente esenţiale în terapia cognitivă a anxietăţii care îi vor ajuta pe pacienţi să depăşească/ să evite activarea schemei ameninţării.

În timpul exerciţiilor de restructurare cognitivă şi de testare empirică a ipotezei, terapeutul cognitivist subliniază diferenţa dintre estimarea iniţială a vulnerabilităţii şi rezultatul real al unei situaţii anxiogene. Scopul este acela de a-i învăţa pe pacienţi în ce mod gândurile şi convingerile lor iniţiale despre vulnerabilitate sunt o reprezentare greşită a realităţii, care îi face şi mai anxioşi şi care contribuie la reacţii de evitare şi de coping ineficiente. Fragmentul clinic următor ilustrează modul în care poate fi modificată vulnerabilitatea percepută a unui pacient diagnosticat cu anxietate generalizată.

PACIENTA: De câteva zile, sunt îngrijorată în legătură cu vizita fiicei mele. Sunt foarte preocupată, fiindcă doresc să meargă totul bine. Ştii că nu ne-am văzut de multă vreme. Când a plecat de acasă în urmă cu câţiva ani, ne-am certat foarte tare. Atunci a jurat că nu se va întoarce niciodată acasă.

TERAPEUTUL: Care este lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla când vine în vizită?

PACIENTA: Păi, poate va aduce vorba despre trecut şi apoi ajungem să ne certăm groaznic. Atunci se va repezi afară din casă şi n-o să se mai întoarcă niciodată.

TERAPEUTUL: Acesta ar fi un rezultat groaznic pentru tine. Ştiu cât de mult îţi iubeşti fiica.

PACIENTA: Da, mă tot gândesc cum să evit o ceartă.

TERAPEUTUL: Şi la ce concluzie ai ajuns?

PACIENTA: Practic niciuna. De fiecare dată când încerc să-mi imaginez cum va merge şi ce voi face dacă ea va începe iar să vorbească despre trecut, nu văd decât furie, urlete şi pe ea trântind uşa şi plecând. [convingeri şi estimări legate de autoeficacitate scăzută]

TERAPEUTUL: Se pare că te simți destul de neajutorată. Când gândeşti aşa, ce se întâmplă cu anxietatea şi cu îngrijorarea ta?

PACIENTA: Devin şi mai anxioasă şi mai îngrijorată în legătură cu vizita.

TERAPEUTUL: Deci un efect al faptului că te gândeşti că nu poți controla această situație este acela că anxietatea şi îngrijorarea ta se amplifică. Cum crezi că va afecta acest lucru interacțiunile cu fiica ta?

PACIENTA: Nu cred că mă ajută într-o manieră pozitivă. Ajung să mă simt atât de speriată şi de dezorientată, încât, până la urmă, voi spune o prostie când va fi cu mine şi aceasta va înrăutăți lucrurile şi mai mult.

TERAPEUTUL: OK, să rezumăm. Ai vorbit despre grijile tale în legătură cu vizita fiicei tale la sfârşitul săptămânii viitoare. Una dintre temele acestor griji este „Nu sunt în stare să evit conflictul" şi această neputință te face să te simți şi mai anxioasă şi mai nepregătită pentru vizita fiicei tale. Dar mă întreb dacă eşti chiar atât de neajutorată pe cât crezi. Mă întreb dacă eşti atât de nepregătită să faci față unei confruntări sau furiei fiicei tale după cum crezi. Aş vrea să-ți sugerez câteva lucruri. Întâi, haide să ne amintim câteva dintre experiențele tale cu oameni furioşi sau ostili şi să vedem cum te-ai descurcat. Eşti chiar atât de incapabilă să faci față unor astfel de situații pe cât crezi? Şi, în al doilea rând, să facem un exercițiu de rezolvare a problemei şi să notăm, eventual chiar să încercăm unele strategii în jocul de rol, să vedem dacă le-ai putea folosi când vine fiica ta. [Intervenția terapeutică încearcă să pună în contrast autoeficacitatea prezisă de pacient cu rezultatele reale din trecut, pentru a evidenția discrepanța dintre ele şi exagerarea percepției despre autoeficacitatea scăzută.]

PACIENTUL: Este o idee bună. Sunt într-adevăr îngrijorată în legătură cu vizita aceasta.

Instructiuni pentru clinician 6.5

Terapeutul se concentrează asupra corectării autoeficacității scăzute pentru anxietate percepute de către pacient, subliniind modul în care discrepanța dintre abilitatea de coping prezisă şi rezultatele reale din trecut contribuie la anxietate. În plus, terapeutul adoptă o abordare centrată pe rezolvarea de probleme, pentru a îmbogăți repertoriul de resurse adaptative de coping al pacientului şi pentru a-l determina să recurgă la experiențele din trecut care să-i consolideze autoeficacitatea.

Abordarea adaptativă a siguranței

În Capitolul 3, am trecut în revistă cercetările empirice care indicau faptul că gândurile, convingerile şi comportamentele orientate către căutarea siguranței sunt factori care contribuie la anxietate. Prin urmare, abordarea acestor aspecte legate de căutarea siguranței este o temă importantă în terapia cognitivă pentru anxietate. Trei aspecte ale căutării siguranței trebuie luate în considerare în cadrul tratamentului.

Estimările eronate ale riscului

Salkovskis (1996a) a constatat că estimarea amenințării care conduce la căutarea siguranței este expresia unui echilibru între probabilitatea şi gravitatea amenințării percepute, pe de-o parte, şi abilitatea de coping şi factorii de salvare percepuți, pe de cealaltă parte, Kozak, Foa şi McCarthy (1988) au comentat că, în TOC, pericolul este presupus cu excepția cazului în care există dovezi ale siguranței complete, în vreme ce punctul de vedere opus predomină în stările neanxioase în care siguranța este presupusă, în afară de cazul în care există dovezi valide ale pericolului. Persoana suferind de tulburarea de panică poate să considere că ritmul cardiac accelerat este prea riscant sau persoana suferind de TOC ar putea fi convinsă că orice urmă de praf este purtătoare de boli şi distrugere. Strategia aceasta confirmă teama pacientului, iar dovezile referitoare la siguranță, care infirmă teama, sunt trecute cu vederea.

Un obiectiv important al terapiei cognitive este acela de a investiga împreună cu pacienții dacă fac estimări şi presupuneri eronate legate de risc. Care este, atunci, „nivelul acceptabil al riscului"? „Se pot elimina toate posibilitățile de risc?" „Ce efect are acesta asupra vieții individului?" „Oamenii neanxioşi trăiesc confruntându-se cu riscul?" „În ce măsură ai reuşit să elimini toate riscurile şi cu ce preț?" Acestea sunt întrebările pe care terapeutul le analizează împreună cu pacienții atunci când le studiază jurnalul de automonitorizare, în încercarea de a corecta estimarea dezadaptativă a riscului.

Întărirea procesării căutării siguranței

Există multe aspecte ale situațiilor anxiogene care indică mai degrabă siguranță decât amenințare, dar persoanei anxioase îi scapă aceste informații. Când se verifică temele de casă, este bine să fie indicate elementele de siguranță pe care pacientul probabil că le-a ignorat sau le-a minimalizat. Mai mult decât atât, pacienții anxioşi pot fi rugați să înregistreze deliberat orice informație referitoare la siguranță transmisă într-o situație anxiogenă. Informațiile acestea referitoare la siguranță pot fi puse în contrast cu informațiile referitoare la amenințare pentru a concepe o reestimare mai realistă a dimensiunii riscului asociat unei situații specifice. Pe parcursul tratamentului, terapeutul cognitivist trebuie să fie vigilent în depistarea biasărilor care minimalizează

siguranța și exagerează la maximum amenințarea, ceea ce are ca rezultat o biasare a procesării informației orientată către amenințare.

Comportament disfuncțional orientat către evitare și către căutarea siguranței

Un obiectiv important al terapiei cognitive a anxietății este identificarea și, ulterior, corectarea comportamentului evitant și a celui orientat dezadaptativ către căutarea siguranței care contribuie la persistența anxietății. Așa cum am notat în conceptualizarea cognitivă de caz, aceste strategii de căutare a siguranței pot fi de natură cognitivă sau comportamentală. De exemplu, pacienții suferind de tulburarea de panică pot recurge la controlul respirației de fiecare dată când au senzația de sufocare, pentru a preîntâmpina un atac de cord, iar persoana suferind de anxietate socială poate să evite contactul vizual în interacțiunile sociale.

Deseori, reacțiile de căutare a siguranței s-au format pe parcursul mai multor ani și pot surveni automat. În astfel de cazuri, nu ne putem aștepta ca pacientul să înceteze imediat comportamentul orientat către căutarea siguranței. Terapeutul cognitivist trebuie să încerce să-l modifice treptat, ajutându-l întâi pe pacient să înțeleagă rolul pe care îl are acest comportament în persistența anxietății. După ce pacientul a înțeles efectele negative ale acestui comportament, copingul dezadaptativ poate fi îndepărtat și substituit cu strategii pozitive mai adaptative. Este posibil ca procesul acesta să trebuiască repetat de mai multe ori în cazul pacienților care prezintă multiple reacții de evitare și de căutare a siguranței.

Instructiuni pentru clinician 6.6

Clinicianul trebuie să intervină pentru îndepărtarea estimărilor greșite ale riscului, a procesării inhibate a indicilor siguranței și a reacțiilor dezadaptative evitante și de căutare a siguranței pe toată durata terapiei tulburărilor de anxietate. Îndepărtați treptat reacțiile dezadaptative de căutare a siguranței și înlocuiți-le cu strategii mai adaptative pe o perioadă mai îndelungată.

STRATEGII ALE INTERVENȚIEI COGNITIVE

În această secțiune a volumului, vom prezenta strategiile terapeutice care pot fi folosite pentru a atinge obiectivele principale al terapiei cognitive a anxietății. Desigur, aceste strategii ale intervențiilor se modifică atunci când sunt folosite pentru tulburările de anxietate specifice, discutate în partea a treia a acestui volum.

Educarea pacientului

Educarea pacienților a jucat întotdeauna un rol esențial în terapia cognitivă (Beck și colab., 1979, 1985, 2005). Acest rol este subliniat în

continuare în fiecare manual de terapie cognitivă şi de tratament cognitiv-comportamental (de exemplu, J.S. Beck, 1995; D.A. Clark, 2004; D.M. Clark, 1997; Craske şi Barlow, 2006; Rygh şi Sanderson, 2004; Rachman, 1998, 2003, 2006; Taylor, 2006; Wells, 1997). Componenta didactică a tratamentului, pe lângă că poate îmbunătăţi complianţa pacientului, poate contribui în mod direct la corectarea convingerilor greşite despre frică şi despre anxietate (Rachman, 2006).

Există aspecte ale educării pacientului care sunt importante în terapia cognitivă pentru anxietate. În primul rând, se întâmplă în mod frecvent ca indivizii să aibă o concepţie greşită despre anxietate şi de aceea trebuie să se discute cu ei despre frică şi despre anxietate, exemplificând cu experienţele lor personale. În al doilea rând, trebuie să li se ofere o explicaţie cognitivă în legătură cu persistenţa anxietăţii, exprimată într-o manieră pe care pacienţii o pot învăţa şi o pot aplica rapid propriei situaţii. Iar în al treilea rând, trebuie clarificat argumentul pentru alegerea intervenţiei cognitive, astfel încât pacienţii să colaboreze fără rezerve la procesul terapeutic. Din experienţa noastră, putem trage concluzia că pacienţii care întrerup terapia după primele trei sau patru şedinţe sunt deseori aceia care nu au fost familiarizaţi cu modelul cognitiv sau care nu acceptă această explicaţie pentru anxietatea de care suferă. Indiferent care este cazul, educarea pacientului începe cu prima şedinţă şi va fi un ingredient terapeutic important în primele şedinţe.

TABELUL 6.2. Elemente esenţiale ale familiarizării pacientului cu modelul cognitiv şi cu tratamentul anxietăţii

Teme care trebuie subliniate în perioada educării pacientului
• Definirea anxietăţii şi a rolului fricii
• Natura universală şi adaptativă a fricii
• Explicaţia cognitivă pentru activarea neadecvată/nepotrivită a programului anxietăţii
• Consecinţele activării neadecvate a anxietăţii
• Ieşirea din situaţie, evitarea şi alte încercări de a controla anxietatea
• Obiectivul tratamentului: întreruperea programului anxietăţii
• Strategii de tratament folosite pentru dezactivarea programului anxietăţii
• Rolul altor abordări în reducerea anxietăţii (de exemplu, medicaţia, relaxarea, remediile pe bază de plante)

Tabelul 6.2 prezintă temele principale care trebuie abordate în procesul de educare a pacientului privind abordarea cognitivă a anxietăţii. Vom discuta pe scurt despre modul în care terapeutul le poate comunica pacienţilor aceste informaţii într-o manieră comprehensibilă.

Definirea anxietăţii şi a fricii

Pacienţii trebui să primească o definiţie operaţională a fricii şi anxietăţii din perspectiva cognitivistă. Conform definiţiilor din Capitolul 1, *frica poate fi descrisă ca ameninţare sau pericol perceput la adresa siguranţei sau a*

securității noastre. Clienții pot fi îndemnați să găsească exemple de situații în care s-au simțit temători, insistând asupra pericolului perceput care caracteriza teama respectivă (de exemplu, iminența unui accident, așteptarea rezultatelor unor teste medicale, amenințarea violenței sau a agresiunii). Trebuie să se sublinieze faptul că frica poate fi declanșată, chiar dacă ne imaginăm sau dacă ne gândim doar la scenariile cele mai sumbre. Din nou, pot fi discutate exemple ale temerilor imaginate. La fel poate fi descrisă anxietatea, *ca un sentiment prelungit de disconfort sau de apreliensiune cuprinzând sentimente, gânduri și un comportament care apar atunci când ne sunt amenințate interesele vitale.* În vreme ce frica este o senzație de moment, anxietatea poate să dureze ore în șir sau chiar mai multe zile. Ținând seama de natura ubicuă a computerelor și a tehnologiei informațiilor în societatea modernă, majoritatea oamenilor vor înțelege cu ușurință dacă descriem anxietatea asemeni unui *„program informatic care este pornit, preia controlul asupra sistemului operațional și nu se oprește decât atunci când este dezactivat sau închis."* Credem că este util ca pe parcursul tratamentului să ne referim la „activarea și dezactivarea programului fricii" și la importanța „opririi programului fricii", pentru a elimina anxietatea. Terapeutul trebuie să-i ceară pacientului să găsească exemple personale de frică și de anxietate, pentru a asigura înțelegerea completă a acestor concepte. În felul acesta, se va stabili un limbaj comun între terapeut și pacient, atunci când discută despre experiențe ale anxietății.

Valoarea adaptativă a fricii

Majoritatea indivizilor suferind de o tulburare de anxietate au uitat de rolul important pe care îl joacă frica în supraviețuirea noastră. Ar fi bine ca terapeutul să le vorbească despre natura universală a fricii și despre funcția sa în supraviețuire. Pacienții pot fi îndemnați să-și amintească despre momentele în care resimțirea fricii le-a „salvat viața", mobilizându-i să se confrunte cu o amenințare sau cu un pericol potențial. Beck și colab. (1985, 2005) au notat că, deseori, este util să se discute cu pacienții despre reacția „luptă sau fugi" care caracterizează frica.

Tot la fel, nivelurile reduse sau moderate de anxietate subiectivă (emotivitatea) pot fi adaptative, dacă aceasta nu este prea intensă ori prelungită. Emoțiile în legătură cu un examen sau cu un interviu pentru angajare ar putea motiva individul să se pregătească mai bine. Artiștii recunosc faptul că, până la un anumit nivel, emoțiile sunt de așteptat și în același timp benefice înainte de a urca pe scenă. Din nou, terapeutul poate să-i solicite pacientului să-și amintească experiențe din trecut, când anxietatea a fost de fapt funcțională.

Motivul pentru includerea unei discuții despre funcția pozitivă și despre valoarea adaptativă a fricii și a anxietății este acela de a sublinia faptul că aceste stări nu sunt anormale. În tulburările de anxietate, problema nu o constituie resimțirea fricii sau a anxietății, ci faptul că programul fricii este activat sau pornit în mod neadecvat. Astfel, obiectivul terapiei nu este acela de a elimina complet anxietatea, ci, mai degrabă, de a reduce anxietatea care este neadecvată sau dezadaptativă. Alt motiv pentru evidențierea valorii fricii pentru supraviețuire este acela de a normaliza anxietatea pacienților, pentru ca ei să o vadă ca pe o exagerare sau ca folosire greșită a emoției normale.

Acest lucru le va insufla speranță și optimism în legătură cu tratamentul, din moment ce ei nu sunt atât de diferiți de „oamenii normali", cum ar fi crezut.

Explicația cognitivă a activării exagerate a anxietății

Discuția precedentă despre caracterul normal al fricii și al anxietății va conduce în mod natural la aspectul referitor la motivul pentru care anxietatea pacientului este atât de pronunțat mai intensă, mai persistentă și este declanșată de lucruri care pe majoritatea celorlalți nu-i deranjează. Acesta este momentul cheie al fazei educaționale, deoarece pentru succesul terapiei este hotărâtor ca pacienții să înțeleagă faptul că propriile estimări ale amenințării sunt factorii determinanți ai anxietății lor clinice. Li se poate oferi pacienților o copie a Figurii 6.1, care va facilita explicarea modelului cognitiv al anxietății.

Pregătirea pacienților pentru înțelegerea modelului cognitiv va avea loc după evaluare, astfel că terapeutul va putea să se inspire din conceptualizarea cognitivă de caz pentru a obține exemple ale reacțiilor tipice ale pacientului atunci când este anxios. Terapeutul trebuie să treacă prin toate etapele descrise în Figura 6.1 și să deceleze din exemplele de situații tipice oferite de către pacient gândurile automate, simptomele anxioase, căutarea siguranței și evitarea, îngrijorarea și preocuparea în legătură cu anxietatea și cu neajutorarea, precum și încercările nereușite de a controla anxietatea. Experiențele acestea pot fi notate pe Figura 6.1 și vor exemplifica pentru pacient modul în care modelul cognitiv explică activarea neadecvată a fricii și persistența anxietății clinice.

Orice întrebări referitoare la aplicabilitatea explicației cognitive pentru anxietatea pacientului ar trebui abordate folosind descoperirea dirijată, în care terapeutul îi pune întrebări pacientului într-o manieră care îl va încuraja să-și reevalueze îndoielile privind explicația cognitivă (Beck și colab. 1979). În majoritatea cazurilor, este util să se repartizeze o temă de casă asemănătoare cu cea a persoanei din Figura 6.1, imediat după un episod anxios. Aceasta va ajuta la consolidarea unei înțelegeri mai bune și la acceptarea unei explicații cognitive pentru starea de anxietate clinică.

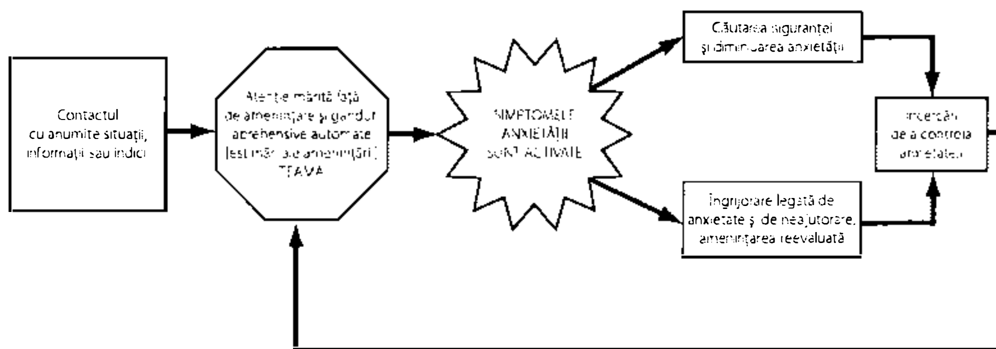


FIGURA 6.1. Diagrama modelului cognitiv al anxietății pentru uzul pacienților

Consecințele anxietății exagerate

Majoritatea indivizilor suferind de o tulburare de anxietate cunosc foarte bine consecințele negative ale propriei anxietăți. Totuşi, este important să discutăm aceste consecințe, deoarece „teama de anxietate" este o trăsătură pregnantă a anxietății clinice (Beck şi colab., 1985, 2005; D.M. Clark, 1986b). Terapeutul poate să analizeze împreună cu pacientul dacă faptul de „a fi anxios în legătură cu a fi anxios" ar putea intensifica tulburarea clinică, determinând individul să fie mai sensibil sau mai vigilent față de orice semne de anxietate (adică faza următoare din Figura 6.1)

Este important să se discute modul în care se manifestă anxietatea la nivelul celor trei sisteme fundamentale de reacție: fiziologic, comportamental şi cognitiv. Lucrul acesta ar trebui discutat apelând la propriile experiențe ale pacientului legate de anxietate. Craske şi Barlow (2006) dau o explicație foarte utilă a celor trei componente ale anxietății în cartea lor despre îngrijorare numită *„Cum să-ți stăpâneşti anxietatea şi îngrijorarea"*. Ei constată că o înțelegere mai bună a componentelor fizice, cognitive şi comportamentale ale anxietății ajută la diminuarea caracterului misterios şi incontrolabil al anxietății şi oferă un cadru pentru învățarea unor modalități de a reduce anxietatea.

În pregătirea pacientului ar trebui inclusă şi discutarea consecințelor mai îndepărtate ale anxietății. Ce efect are aceasta asupra vieții de fiecare zi a pacientului, la serviciu, acasă şi în timpul liber? Există restricții sau limitări impuse în ceea ce priveşte acțiunile pe care le pot întreprinde sau locurile unde pot să meargă? Trebuie subliniat impactul negativ mai larg al anxietății pentru a încuraja implicarea pacientului în procesul terapeutic, ajutându-l să gândească în termenii costurilor şi beneficiilor aduse de schimbare. Observațiile despre „povara personală a anxietății" ajută, la rândul lor, la stabilirea obiectivelor tratamentului.

Rolul evitării şi al căutării siguranței

Este util să-i întrebați pe pacienți care cred ei că este modalitatea cea mai eficace de a reduce anxietatea. Deşi puteți primi o varietate de răspunsuri, trebuie accentuat faptul că ieşirea din situație şi evitarea (sau completarea unui ritual compulsiv în TOC) asigură cea mai rapidă diminuare a anxietății. Terapeutul şi pacientul pot discuta anumite exemple de situații în care viața individului este în pericol şi în care fuga din situația respectivă sau evitarea asigură de fapt supraviețuirea. Se pot da şi exemple din lumea animalelor (adică animalele de companie ale pacientului) care fug sau evită în mod automat un pericol perceput. Trebuie să se insiste asupra faptului că fuga şi evitarea sunt reacții naturale față de amenințarea şi pericolul percepute.

Discuția despre caracterul natural, automat al fugii şi al evitării trebuie să ia în considerare consecințele lor negative şi modul în care fuga şi evitarea contribuie la persistența anxietății. În cartea lor, *10 soluții simple pentru panică*, Antony şi McCabe (2004) citează patru dezavantaje ale fugii/ evitării:

- Împiedică învățarea faptului că situațiile sunt sigure, nu sunt periculoase sau amenințătoare (adică împiedică infirmarea evaluărilor și a convingerilor greșite referitoare la amenințare).
- Relaxarea subiectivă asociată fugii/evitării recompensează și consolidează acest comportament în episoadele anxioase viitoare.
- Recurgerea la fugă/ evitare va amplifica sentimentul de culpabilitate și dezamăgirea față de propria persoană, și va contribui la pierderea încrederii de sine.
- Liniștirea imediată asociată fugii/evitării sporește sensibilitatea individului față de stimulii amenințării, astfel încât, pe termen lung, ea va menține și chiar va spori frica și anxietatea.

În timpul acestor discuții despre efectele negative ale fugii/evitării, terapeutul ar trebui să solicite exemple personale și să-l întrebe pe pacient despre orice consecințe negative percepute în legătură cu reacțiile repetate de fugă/evitare. Învățându-l pe pacient despre rolul fugii/ evitării în anxietate, terapeutul caută să-l facă mai conștient de faptul că eliminarea acestei strategii de control este esențială pentru succesul tratamentului. În același timp, va pregăti terenul pentru expunerea prelungită la amenințare, ca remediu evident pentru această strategie defensivă dezadaptativă (un fapt pe care cu greu îl acceptă majoritatea indivizilor suferind de anxietate).

De asemenea, terapeutul trebuie să investigheze, împreună cu pacienții, orice comportamente disfuncționale orientate către căutarea siguranței care ar putea fi folosite pentru diminuarea senzațiilor anxioase. Poartă pacienții mereu cu ei un anxiolitic pe care să-l poată lua în caz de nevoie? Se aventurează în anumite locuri doar însoțiți de un prieten apropiat sau de o rudă? Există alte forme mai subtile de căutare a siguranței, cum ar fi acelea de a se încleșta de balustradă când au senzația de amețeală sau de a se așeza când au o stare de slăbiciune? După ce sunt decelate exemplele de căutare a siguranței, terapeutul trebuie să discute cum poate contribui această formă de coping cu anxietatea la persistența acesteia, deoarece:

- îl împiedică pe individ să afle că temerile sale (adică amenințările percepute) sunt neîntemeiate (Salkovskis, 1996a);
- îi creează un fals sentiment de siguranță (de exemplu, persoana suferind de tulburarea de panică dezvoltă o convingere dezadaptativă conform căreia faptul că are alături un prieten reduce cumva riscul de a avea palpitații și de a suferi un atac de cord).

Încă o dată, scopul informării pacienților în legătură cu rolul reacțiilor orientate către căutarea siguranței este acela de a le crește încrederea în faptul că reducerea frecvenței acestui comportament este un obiectiv important al tratamentului.

Obiectivul tratamentului

Rămânând la metafora fricii ca „program informatic", terapeutul introduce argumentarea tratamentului explicând obiectivul terapiei cognitive în termenii „dezactivării sau opririi" programului fricii prin angajarea deliberată şi intenţionată în activităţi care să „depăşească" sau să „contracareze" frica şi anxietatea. Terapeutul ar trebui să facă referire la Figura 6.1 şi să indice faptul că programul fricii poate fi dezactivat intervenind la toate nivelurile diferite care contribuie la persistenţa simptomelor anxioase. Pacienţii pot fi îndemnaţi să găsească exemple ale propriului succes în depăşirea deliberată a unei temeri iniţiale. De asemenea, este important ca pacientul să fie întrebat în legătură cu aşteptările pe care le are în privinţa tratamentului, pentru a identifica orice convingeri greşite care ar putea submina succesul terapiei cognitive.

Există mai multe concepţii greşite comune legate de tratament, care, probabil, ar trebui abordate. Întâi, tratamentul nu poate desfiinţa pentru totdeauna frica. Obiectivul nu este acela de a elimina total anxietatea (dacă aceasta ar fi măcar posibil), ci de a-i ajuta pe pacienţi să dezvolte modalităţi eficiente de a depăşi programul fricii, atunci când acesta este activat neadecvat. În al doilea rând, resimţirea anxietăţii va părea mai naturală, în timp ce eforturile de a diminua anxietatea vor părea mult mai dificile. Acest lucru se întâmplă, fiindcă cea dintâi este o reacţie automată la ameninţarea percepută şi cea de-a doua necesită o reacţie mai dificilă, deliberată. Aceasta nu înseamnă că reacţiile intenţionale la anxietate nu sunt suficient de puternice pentru a dezactiva frica şi pentru a diminua anxietatea. Înseamnă că experienţele repetate cu aceste reacţii intenţionale vor fi necesare pentru a le creşte eficienţa şi eficacitatea. Şi în al treilea rând, obiectivul terapiei cognitive nu este acela de a-i învăţa pe oameni moduri mai eficace de a-şi „controla anxietatea". Terapia cognitivă se concentrează asupra ajutării indivizilor pentru ca aceştia să-şi dezvolte o „atitudine de acceptare" faţă de anxietate, mai degrabă decât o atitudine combativă (adică dominatoare, de control). Atunci când gânduri de tipul „Nu pot lăsa senzaţiile acestea anxioase să continue" sunt înlocuite cu „Pot să mă simt anxios, deoarece ştiu că exagerez gravitatea ameninţării şi a pericolului", intensitatea şi persistenţa anxietăţii sunt mult diminuate (Beck şi colab., 1985, 2005).

Strategii de tratament

Este bine să li se ofere pacienţilor o scurtă descriere şi o argumentaţie în legătură cu strategiile care vor fi folosite în intervenţie pentru a „opri" programul fricii şi pentru a le diminua senzaţiile anxioase. Terapeutul trebuie să explice că înţelegerea mai aprofundată a anxietăţii cu ajutorul educaţiei şi automonitorizarea episoadelor anxioase sunt intervenţii importante în terapia cognitivă pentru anxietate. Aceste componente ale tratamentului ajută la contracararea caracterului neaşteptat şi imprevizibil al anxietăţii.

Terapeutul explică faptul că o a doua categorie de intervenţii terapeutice cognitive se concentrează direct asupra modificării gândurilor

şi a convingerilor anxioase. Aceasta se realizează învăţându-l pe pacient să analizeze în mod critic dacă gândurile aprehensive iniţiale sunt o evaluare exactă a unei situaţii şi apoi să înlocuiască aceste interpretări anxioase cu o modalitate de gândire mai realistă. Se desfăşoară experimente comportamentale specifice care îl vor ajuta pe pacient să dezvolte un mod de gândire mai puţin anxios. Terapeutul trebuie să sublinieze faptul că dezvoltarea modurilor noi de gândire în legătură cu îngrijorările anxioase este o parte importantă a tratamentului, deoarece ţinteşte direct gândurile aprehensive automate care generează simptome anxioase (a se vedea Figura 6.1).

A treia categorie a intervenţiilor terapeutice cognitive vizează reacţiile comportamentale şi strategiile de coping care pot contribui la persistenţa anxietăţii. Ţintele modificărilor sunt, în cazul acesta, ieşirea din situaţie, evitarea, comportamentul de căutare a siguranţei şi alte reacţii cognitive sau comportamentale folosite de către pacienţi în încercarea lor de a-şi controla anxietatea. Terapeutul introduce modalităţi alternative de a reacţiona la anxietate, iar pacienţii sunt încurajaţi să evalueze utilitatea acestor abordări în cadrul exerciţiilor comportamentale.

Ultimul ingredient al terapiei cognitive pentru anxietate este expunerea treptată şi repetată la situaţii provocatoare de anxietate şi estomparea evitării, a tendinţei de a fugi şi a tendinţei de a căuta siguranţa sau alte forme de reacţii de neutralizare (de exemplu, ritualurile compulsive în TOC). Când se introduce conceptul expunerii la frică, trebuie să ţinem seama de faptul că acesta poate fi un lucru terifiant pentru indivizii anxioşi. Mulţi pacienţi anxioşi refuză să continue tratamentul la simpla menţionare a expunerii, deoarece ei nu-şi pot imagina confruntarea cu anxietatea intensă pe care se aşteaptă să o resimtă în situaţii deosebit de ameninţătoare. Pentru a contrabalansa aceste aşteptări negative, terapeutul trebuie să sublinieze faptul că expunerea la situaţii înfricoşătoare este cea mai puternică intervenţie care ajută la obţinerea unei diminuări durabile a fricii. Exerciţiile de expunere se vor introduce mai târziu în terapie, în mod treptat, începând cu experienţe cu un nivel scăzut sau moderat de anxietate, pentru a discrimina cogniţiile fundamentale subiacente sentimentelor anxioase. Toate temele trebuie discutate cu pacientul în mod colaborativ, acesta având ultimul cuvânt în legătură cu rezultatele aşteptate în fiecare etapă a terapiei. Terapeutul trebuie de asemenea să-i asigure pe pacienţi că o temă bazată pe expunere şi care pare prea dificilă poate fi segmentată sau modificată pentru a reduce nivelul anxietăţii. În sfârşit, terapeutul trebuie să explice beneficiile expunerii la situaţii anxiogene. Ea reduce anxietatea, oferind dovezi care infirmă cogniţiile şi convingerile „cele mai puternice" referitoare la anxietate, întăresc încrederea în sine şi oferă ocazia de a exersa moduri mai adaptative de coping cu anxietatea.

Alte abordări ale anxietăţii

Pacienţii întreabă deseori dacă medicamentele, meditaţia, remediile naturale şi altele asemenea pot fi folosite pe durata unui program de terapie cognitivă pentru anxietate. În orice caz, aceste abordări sunt oarecum

contraproductive pentru terapia cognitivă, pentru că toate pun accentul pe reducerea sau evitarea simptomelor anxioase pe termen scurt, fără o modificare concomitentă la nivelul cogniției. Pentru multe persoane, intervențiile acestea au devenit probabil o parte importantă a strategiei lor de coping pentru anxietate. De aceea, orice întrerupere a acestor intervenții trebuie să se facă treptat, ținând seama de raportul dintre scăderea nivelului anxietății pacientului şi progresul obținut prin terapia cognitivă. Desigur, nu trebuie să se recomande nicio schimbare de medicație, cu excepția celei prescrise de medicul curant al pacientului.

Metode de educare a pacientului

Cu toate că putem evita anumite explicații verbale în timpul procesului educațional, acestea nu trebuie să constituie singurul mijloc de comunicare a argumentelor în favoarea modelului şi a tratamentului cognitiv. Terapeutul trebuie să-i întrebe pe pacienți despre experiențele personale şi, folosind descoperirea dirijată, să evidențieze aspectele esențiale ale modelului cognitiv care pot fi identificate în aceste experiențe. Pacienții tind să accepte mult mai uşor modelul cognitiv, dacă acesta are relevanță imediată pentru propriile lor experiențe legate de anxietate.

Terapeutul poate, de asemenea, să aleagă teme de casă bazate pe automonitorizare pentru a-l încuraja pe pacient să investigheze dacă diverse aspecte ale modelului cognitiv sunt relevante pentru anxietatea sa. De exemplu, un pacient cu fobie socială poate fi îndemnat să experimenteze efectele pe care le are stabilirea contactului vizual în comparație cu evitarea contactului vizual, ca modalitate de a stabili dacă formele subtile de evitare şi de căutare a siguranței au vreun efect asupra nivelului anxietății. Un pacient suferind de TOC poate fi îndemnat să se străduiască să-şi reprime o obsesie anxiogenă într-o zi şi, apoi, în altă zi, să abandoneze eforturile de a o controla şi să-şi noteze efectele încercării de a controla anxietatea. O persoană suferind de tulburarea de panică poate fi rugată să noteze efectele pe care le are faptul că se gândeşte la un atac de cord atunci când simte o apăsare în piept, față de situația în care se gândeşte că este doar o întindere musculară. Trebuie să subliniem faptul că toate aceste teme se concentrează asupra evidențierii unui anumit aspect al modelului cognitiv din experiența pacientului cu anxietatea, mai degrabă decât asupra modificării directe a gândurilor sau a comportamentului acestuia.

Biblioterapia este o metodă importantă de pregătire a pacientului pentru înțelegerea modelului cognitiv. În prezent, elaborăm o broşură cu exerciții pentru pacienți, bazată pe volumul de față, şi care va conține explicații şi exemple de caz folositoare pentru familiarizarea pacienților cu perspectiva terapiei cognitive asupra anxietății. S-au publicat numeroase cărți excelente de auto-educare despre terapia cognitivă sau despre terapia cognitiv-comportamentală pentru tulburările de anxietate care pot fi recomandate pacienților ca lectură. Anexa 6.1 prezintă o listă de manuale de autoeducare care prezintă modelul cognitiv. Se întâmplă deseori ca pacienții să privească terapia cognitivă cu mai multă încredere după ce au citit relatările publicate,

deoarece ele oferă validarea externă a faptului că terapia cognitivă este un tratament renumit şi deosebit de apreciat pentru anxietate.

Instructiuni pentru clinician 6.7

În primele şedinţe de terapie cognitivă, concentraţi-vă asupra familiarizării pacientului cu modelul cognitiv al anxietăţii şi argumentaţi alegerea tratamentului. Descrieţi anxietatea clinică ca pe o reacţie afectivă automată faţă de activarea neadecvată a fricii care ajunge să domine sistemul mental de operare al individului. Obiectivul terapiei cognitive este acela de a dezactiva sau de a „opri" programul fricii prin modificarea deliberată şi cu efort a modului în care gândim şi reacţionăm la anxietate. Evitaţi prelegerile şi învăţaţi-i pe pacienţi modelul cognitiv subliniind aplicabilitatea sa la experienţa lor personală privind anxietatea.

Automonitorizarea şi identificarea gândurilor anxioase

A-i învăţa pe pacienţi să-şi surprindă gândurile anxioase a fost o componentă centrală a terapiei cognitive pentru anxietate, încă de la conceperea sa (Beck şi colab., 1985). Şi totuşi, aceasta este una dintre abilităţile pe care pacienţii ajung cel mai greu să le stăpânească. Motivul este că, atunci când se află într-o stare neanxioasă, individului îi este foarte greu să-şi amintească de gândurile anxioase. Pe de altă parte, atunci când indivizii sunt deosebit de anxioşi, ei pot fi atât de copleşiţi de anxietate, încât orice încercare de a înregistra gândurile anxioase este practic imposibilă. Mai mult decât atât, manifestarea evaluărilor exagerate ale probabilităţii şi gravităţii ameninţării, care constituie fundamentul cognitiv al anxietăţii, apar cel mai probabil chiar în perioadele de anxietate intensă (Rachman, 2006). De aceea, în terapia cognitivă a anxietăţii, se depune un efort considerabil pentru trainingul în automonitorizarea gândurilor anxioase automate. Rachman (2006) notează, de asemenea, că este important să se identifice ameninţarea curentă care menţine anxietatea. Jurnalele zilnice şi automonitorizarea anxietăţii au un rol esenţial în identificarea ameninţării percepute în viaţa de fiecare zi.

Există două modalităţi de a-i învăţa pe pacienţii anxioşi să-şi înregistreze gândurile. Întâi, îndemnaţi-i pe pacienţi să noteze situaţiile care le provoacă anxietatea, să estimeze nivelul lor de anxietate şi orice simptome fizice şi reacţii comportamentale primare. În mod frecvent, aceste aspecte ale anxietăţii le sunt deja familiare pacienţilor, iar procedura aceasta îi va obişnui să-şi urmărească şi să-şi disece episoadele anxioase. În al doilea rând, este important ca prima descriere a modului de gândire de tip anxios să se petreacă în timpul şedinţei de terapie (Beck şi colab., 1985). S-ar putea să fie nevoie de un exerciţiu pentru inducerea unei forme uşoare de anxietate pentru a discrimina gândirea anxioasă, deoarece, în general, pacienţii nu sunt anxioşi în timpul şedinţei. De exemplu, un exerciţiu de inducere a panicii, cum ar fi 2 minute de respiraţie accelerată sau rotirea pe un scaun, poate fi folosit pentru a induce senzaţii fizice similare celor din starea de panică. Pacientul poate fi rugat să verbalizeze orice gânduri

referitoare la exercițiu, cum ar fi teama de un atac de cord, de leşin, teama de a-şi pierde controlul ş.a.m.d. O persoană suferind de TSPT poate fi îndemnată să-şi amintească aspecte ale traumei din trecut şi, apoi, să verbalizeze gândurile actuale în legătură cu acele amintiri. În cazul unei persoane suferind de TOC, se poate induce o teamă uşoară sau o îndoială legată de contaminare, pentru a decela estimările sale privind amenințarea. În fiecare caz, terapeutul va adresa întrebări prin care va sonda gândurile imediate ale pacientului. „Ce-ți trecea prin minte în timp ce respirai din ce în ce mai greu?", „Care era ținta gândurilor tale?", „Care erau îngrijorările tale principale?", „Care este lucrul cel mai rău care se putea întâmpla?", „Aveai senzația că totul se va sfârşi cât se poate de rău?", „Ai avut şi gânduri care le contraziceau pe acestea şi care sugerau că, poate, la urma urmei, nu este atât de rău?

După ce pacientul demonstrează unele abilități rudimentare pentru identificarea gândurilor sale aprehensive (automate) şi a estimărilor inițiale în timpul şedinței de terapie, terapeutul trebuie să-i dea o temă de casă bazată pe automonitorizare. Formularul pentru automonitorizarea gândurilor aprehensive (Anexa 5.4) va fi deosebit de util în acest scop. Majoritatea pacienților au nevoie de multă practică pentru a reuşi să-şi automonitorizeze gândurile anxioase în perioadele dintre şedințele de terapie. De fapt, automonitorizarea gândurilor şi a simptomelor anxioase va continua pe toată durata tratamentului. Restructurarea cognitivă şi testarea empirică a ipotezei nu pot fi folosite cu succes decât atunci când pacienții sunt în stare să-şi identifice gândurile automate referitoare la amenințare.

Este important ca această componentă de automonitorizare din cadrul tratamentului să sporească gradul de conştiință asupra propriilor percepții a individului față de două caracteristici principale ale gândirii anxioase:

- Estimări exagerate legate de probabilitate – „Exagerez probabilitatea de a mă confrunta cu o amenințare sau cu un pericol?"
- Estimări exagerate legate de gravitate – „Mă concentrez în mod exagerat asupra celui mai prost rezultat posibil? Exagerez gravitatea unui rezultat negativ?"

Sensibilizarea pacienților față de propriile estimări ale amenințării este importantă pentru comutarea atenției lor de la conținutul amenințător (de exemplu, „Ce se va întâmpla dacă la analizele medicale se va depista cancer?"), către modul în care estimările lor contribuie la anxietate (de exemplu, „Exagerez probabilitatea ca testul să fie pozitiv şi să conducă la cel mai prost rezultat? Dacă e aşa, ce efect are această exagerare asupra anxietății mele?"). Indivizii vor avea nevoie de exerciții repetate de identificare a gândurilor aprehensive inițiale pentru a-şi perfecționa abilitatea de a surprinde estimările exagerate ale amenințării. Când se discută temele de casă bazate pe automonitorizare, terapeutul cognitivist investighează existența estimărilor exagerate referitoare la probabilitatea şi la gravitatea amenințării, pentru a sublinia importanța pe care o are această gândire pentru persistența anxietății.

Complianța în legătură cu efectuarea temelor de casă

Respectarea cerințelor pentru efectuarea temelor de casă este un aspect important în terapia cognitivă pentru anxietate și deseori este problematică în primele faze ale tratamentului, atunci când trebuie rezolvate pentru prima dată teme de casă care presupun automonitorizarea. Multor pacienți le displace să completeze formulare sau să scrie despre gândurile și despre sentimentele lor anxioase. Cu toate că există numeroase dovezi empirice care asociază rezultatele favorabile ale tratamentului complianței în efectuarea temelor de casă (Kazantzis, Deane și Ronan, 2000), mulți pacienți lucrează cu mare dificultate. Această problemă a fost tratată în câteva volume recente de terapie cognitivă, care oferă diverse soluții pentru îmbunătățirea complianței în ceea ce privește efectuarea temelor de casă (a se vedea J.S. Beck, 2005; Leahy, 2001; Kazantzis și L'Abate, 2006). În contextul prezent, terapeutul trebuie să se confrunte cu prejudecățile și cu dificultățile pe care le poate manifesta pacientul în legătură cu tema de casă. Importanța temei de casă și a învățării modului de identificare a gândurilor anxioase trebuie evidențiată ca abilitate esențială care trebuie dobândită neapărat înainte de folosirea altor strategii cognitive și comportamentale pentru diminuarea anxietății. Temele trebuie stabilite într-o manieră colaborativă, cu instrucțiuni scrise care să-l ajute pe pacient. Totuși, dacă pacientul refuză mereu să-și facă temele, s-ar putea să trebuiască să întrerupeți tratamentul.

Există un motiv al noncomplianței în privința temelor de casă care poate fi specific tulburărilor de anxietate. Uneori, pacienții sunt refractari la automonitorizarea gândurilor și a simptomelor anxioase, deoarece se tem că acestea le vor accentua anxietatea. De exemplu, un bărbat de 33 de ani cu obsesii dezgustătoare despre sex pedofil se temea că, dacă va scrie despre frecvența și despre estimările care îi însoțeau gândurile acestea, pe lângă că vor deveni mai dese, gândurile respective reprezentau și o violare a valorilor sale morale. Mai era îngrijorat și de faptul că o atenție mai mare acordată acestor gânduri va determina erodarea controlului oricum limitat pe care îl avea asupra obsesiilor sale. În exemplul acesta, îngrijorările referitoare la amplificarea anxietății, natura respingătoare și imorală a obsesiilor și teama de a pierde controlul, toate au contribuit la reținerea de a se angaja în automonitorizarea gândurilor anxioase.

Pentru rezolvarea unei astfel de situații putem acționa în câteva etape. Întâi, este important să tratăm noncomplianța în rezolvarea temelor de casă ca un aspect terapeutic. Trebuie identificate convingerile greșite care contribuie la rezerva pe care o manifestă pacientul în legătură cu automonitorizarea gândurilor anxioase și restructurarea cognitivă poate fi folosită pentru analizarea acestor convingeri și pentru generarea unor interpretări alternative. Tema de casă poate fi fragmentată în etape mai puțin amenințătoare; de exemplu, putem să îndemnăm pacientul să experimenteze automonitorizarea gândurilor într-o zi anume (sau într-o perioadă a zilei) și să-și noteze efectele monitorizării. Acesta ar fi un test comportamental direct al convingerii că „notarea gândurilor anxioase îmi va intensifica anxietatea."

Terapeutul cognitivist trebuie să aloce timp fazei educaționale în care este prezentată importanța temelor de casă și apoi periodic, pe parcursul tratamentului, să-i amintească pacientului de rolul pe care îl joacă temele de casă în succesul terapiei cognitive. Iată o modalitate de a le explica pacienților anxioşi temele de casă:

„Temele de casă sunt o parte foarte importantă a terapiei cognitive. Cu aproximativ 10-15 minute înainte de sfârşitul fiecărei şedințe de terapie, voi sugera să rezumăm aspectele principale pe care le-am abordat în şedința respectivă şi să ne decidem apoi în privința temei de casă. Vom discuta împreună tema şi ne vom asigura că este ceva ce consideri realizabil. Voi nota tema, astfel încât să fie clar pentru amândoi ce trebuie făcut. De la o săptămână la alta îți voi da şi diferite tipuri de formulare pe care să notezi rezultatele temei. Temele vor fi scurte şi nu vei lucra mai mult de câteva minute zilnic. La începutul fiecărei şedințe, vom verifica împreună tema de săptămâna trecută. Este de aşteptat ca în fiecare săptămână să petrecem 10-15 minute verificând rezultatele temei şi discutând despre problemele pe care le-ai întâmpinat. Ai întrebări în legătură cu cele discutate până acum?

„Poate că te întrebi: «Chiar trebuie să fac teme de casă?» Am urât întotdeauna temele la şcoală. Apoi sunt prea ocupat pentru aşa ceva. Gândeşte-te la terapia cognitivă ca la «un antrenament mental». În cadrul oricărui program de pregătire fizică, trebuie să alergi, să mergi pe jos sau să te duci la sala de gimnastică de trei până la cinci ori pe săptămână ca să te fortifici ori ca să scazi în greutate. Nu te aştepți să atingi aceste obiective doar întâlnindu-ți antrenorul o dată pe săptămână. Acelaşi lucru se întâmplă în terapia cognitivă. Dezvolți o abordare mentală diferită a anxietății tale, care presupune învățarea unor modalități de a reacționa la anxietate care îți sunt nefamiliare. Ai nevoie de multă practică în folosirea acestei abordări alternative, pentru a trece peste programul automat al anxietății. Oprirea programului anxietății solicită multă practică şi nu se va petrece doar întâlnindu-l pe terapeut o dată pe săptămână. Cel mai bun mod de a învinge anxietatea este prin exerciții repetate în viața de zi cu zi, astfel încât, treptat, noul mod de a reacționa va deveni pentru tine a doua natură. Am descoperit în urma cercetărilor noastre că, la fel ca în exemplul cu exercițiile fizice, terapia cognitivă este mai eficace pentru persoanele care fac teme de casă. Ce părere ai despre acest aspect al terapiei? Te simți în stare în momentul de față să-ți iei angajamentul că vei face temele de casă?"

Instructiuni pentru clinician 6.8

Una dintre abilitățile care se învață în terapia cognitivă este aceea de a identifica şi de a înregistra gândurile aprehensive automate, imaginile şi estimările care caracterizează episoadele anxioase. În plus, pacienții îşi notează observațiile despre simptomele fizice şi comportamentale ale anxietății. Automonitorizarea gândurilor anxioase este o abilitate necesară pentru restructurarea cognitivă. Ar putea fi nevoie să rezolvați problema noncomplianței la efectuarea temelor de casă în acest stadiu al terapiei.

Restructurarea cognitivă

Obiectivul restructurării cognitive este acela de a modifica sau literal de a „restructura" convingerile şi estimările anxioase ale individului referitoare la ameninţare. Ea este parte integrantă a tratamentului pentru dezactivarea programului anxietăţii. Ţinta o reprezintă „ameninţarea prezentă", cu alte cuvinte ceea ce este perceput ca periculos sau ameninţător în momentul acesta. De asemenea, intervenţiile de restructurare cognitivă ţintesc mai degrabă estimările ameninţării decât conţinutul ameninţării. Întrebarea esenţială este „Exagerez probabilitatea şi gravitatea ameninţării şi îmi subestimez abilitatea de coping?" şi nu „mă întreb dacă ameninţarea se poate concretiza sau nu". De exemplu, în tulburarea de panică structurarea cognitivă se concentrează asupra ideii dacă pacientul se bazează pe estimări exagerate şi biasate ale senzaţiilor fizice. Terapeutul va evita orice dezbatere a problemei legate de posibilitatea ca pacientul să sufere un atac de cord. La fel se întâmplă şi în cazul fobiei sociale, unde atenţia este orientată către estimările probabilităţii şi ale gravităţii evaluării negative percepute din partea celorlalţi şi către posibilitatea ca unii oameni să aibă gânduri negative în legătură cu pacientul. În secţiunea aceasta, vom descrie şase strategii de intervenţie cognitivă: strângerea dovezilor, analiza costuri-beneficii, decatastrofare, identificarea erorilor cognitive, generarea alternativelor şi testarea empirică a ipotezei.

Strângerea dovezilor

Această intervenţie presupune solicitarea unor dovezi pro şi contra convingerii pacienţilor că o ameninţare este foarte probabilă şi că aceasta va avea consecinţe grave. Strângerea dovezilor este elementul *sine qua non* al restructurării cognitive (Beck şi colab., 1979, 1985, 2005) şi a mai fost etichetat drept dispută verbală, persuasiune logică sau reatribuire verbală (Wells, 1997). După ce a identificat gândul sau convingerea anxioasă fundamentală şi a obţinut o cotare a încrederii în gândul respectiv, terapeutul adresează următoarele întrebări:

- „Atunci când eşti cel mai anxios, ce se întâmplă şi te convinge că ameninţarea este foarte probabilă? Există dovezi care să infirme lucrul acesta, adică dovezi că nu sunt şanse ca ameninţarea să se materializeze?"
- „Când te simţi cel mai anxios, ce dovezi există că rezultatul va fi grav? Există dovezi contrare, care să sugereze că rezultatul nu va fi atât de grav pe cât crezi?"
- „Ce face ca dovezile pentru gândurile tale anxioase să fie credibile?"
- „Crezi că s-ar putea să exagerezi în ceea ce priveşte probabilitatea şi gravitatea rezultatului?"
- „Bazându-te pe dovezi, care este o estimare mai realistă sau cu şanse mai mari de îndeplinire legată de probabilitatea şi de severitatea lucrului celui mai grav care se poate întâmpla?"

Anexa 6.2 conține un formular pentru strângerea dovezilor care poate fi folosit cu pacienții. Terapeutul și pacientul notează întâi gândul sau convingerea anxioasă primară care caracterizează un episod anxios. Pacientul oferă apoi estimări ale probabilității și gravității amenințării, bazându-se pe senzațiile pe care le are în timpul episoadelor anxioase. Folosind dialogul socratic, terapeutul investighează dacă există orice dovadă care să susțină estimarea unei probabilități atât de mari a iminenței și a severității rezultatului. Deși Anexa 6.2 are doar șase rubrici, se poate să fie nevoie de pagini suplimentare pentru documentarea completă a dovezilor care susțin gândul sau convingerea anxioasă. După ce s-au notat toate dovezile care confirmă estimarea pacientului, terapeutul va solicita dovezi ale faptului că estimările referitoare la probabilitate și la gravitate ar putea fi exagerate. În mod normal terapeutul trebuie să fie mai activ în sugerarea dovezilor contrare posibile, deoarece indivizii anxioși reușesc cu greu să-și privească anxietatea din perspectiva aceasta. După ce s-au notat toate dovezile împotriva gândului sau a convingerii anxioase, pacientul este rugat să estimeze din nou probabilitatea și gravitatea rezultatului bazându-se numai pe dovezi.

Indivizii protestează uneori spunând „Da, dar când sunt anxios, simt că se va întâmpla cel mai rău lucru, chiar dacă știu că probabil nu se va întâmpla." Terapeutul cognitivist trebuie să-i amintească pacientului că „strângerea dovezilor" este doar una dintre numeroasele metode care pot fi folosite pentru dezactivarea anxietății. Ori de câte ori se va simți anxios, pacientul va putea folosi ceea ce a învățat din strângerea dovezilor, pentru a reduce estimările privind probabilitatea și gravitatea amenințării la un nivel mai realist, contracarând în felul acesta un factor deosebit de important care determină creșterea exagerată a anxietății subiective. Următorul exemplu clinic ilustrează metoda strângerii dovezilor cu o tânără agentă de vânzări în vârstă de 27 de ani, care suferea de tulburarea de panică și de o formă ușoară de evitare agorafobică.

TERAPEUTUL: Renée, am observat în jurnalul tău pentru panică faptul că miercurea trecută te îndreptai cu mașina spre un client, pe un traseu pe care nu mergi în mod obișnuit și, brusc, ai simțit că nu mai poți să respiri. Ai notat că ai oprit mașina și că ai ieșit puțin la aer. Ai descris niște senzații fizice, ca de exemplu un nod în gât, senzația că nu primești suficient aer, că-ți pierzi suflul, presiune toracică, palpitații, amețeală și tensiune generală.

PACIENTA: Da, a fost unul dintre cele mai rele atacuri de panică pe care le-am avut de mult timp. Pur și simplu nu reușeam să respir cum trebuie. Cu cât mă străduiam mai mult, cu atât era mai rău. Am luat înghițituri mici de apă ca să-mi dreg vocea, dar nu am reușit.

TERAPEUTUL: Ce te temeai că se va întâmpla?

PACIENTA: Mă temeam că mă voi sufoca. Aceasta era senzația. Eram singură, în pustietate, și nu puteam să respir. M-am simțit atât de rău încât m-am întrebat chiar dacă aș putea să mă sufoc și să mor.

TERAPEUTUL: Ok, Renée, să notăm gândul acela anxios – *„M-am gândit că o să mă sufoc și o să mor"* – aici, pe rândul acesta din formularul numit

„Testarea estimărilor anxioase: căutarea dovezilor" (Anexa 6.2). Acum, aş vrea să te gândeşti la momentul când ai suferit atacul de panică. Când ieşiseşi la marginea şoselei, singură şi străduindu-te să-ţi recapeţi suflul, cât de probabil era să te sufoci şi să mori? Cu alte cuvinte, bazându-te pe ceea ce ai simţit, care credeai că era probabilitatea de a te sufoca, pe o scală de la 0% (nicio şansă să se întâmple) la 100% (sigur se va întâmpla).

PACIENTA: În momentele acelea, se simţea ca o probabilitate de 90% că mă voi sufoca.

TERAPEUTUL: Şi în legătură cu gravitatea rezultatului? Cât de grav îl simţeai? Erai concentrată asupra rezultatului cel mai grav, cum ar fi moartea prin sufocare, sau era ceva mai puţin grav, de tipul unui disconfort sau al panicii? Ce procent ai folosi între 0 şi 100 pentru a indica severitatea consecinţelor pe care le estimai atunci când erai copleşită de panică?

PACIENTA: O, era foarte grav. Tot ce-mi trecea prin minte era că mă voi sufoca şi voi muri acolo, singură. Aş spune 100%.

TERAPEUTUL: Bine, acum haide să ne uităm la dovezi, dacă era ceva ce se petrecea în vremea aceea sau experienţe din trecut ori informaţii de orice natură, care ar indica faptul că eşti în mare pericol de a muri sufocată.

PACIENTA: Există un lucru care mă face să mă întreb dacă senzaţia aceasta de sufocare este serioasă, şi anume faptul că apare chiar din senin. Acum sunt bine şi, după un minut, fără să-mi dau seama, nu mai pot să respir.

TERAPEUTUL: OK, să notăm acest lucru pe primul rând, la dovezi ale gândului anxios: *„declanşarea senzaţiei de sufocare este rapidă şi neaşteptată."* Există alte dovezi care te fac să te gândeşti că într-adevăr te vei sufoca şi vei muri?

PACIENTA: Anxietatea asociată acestei senzaţii este foarte intensă, este chiar panică. Este atât de rău, încât sunt convinsă că se va întâmpla ceva grav.

TERAPEUTUL: Haide să notăm acest lucru în rubrica a doua: *„resimt o anxietate intensă, chiar panică."* Altceva?

PACIENTA: Da, faptul că încerc să mă calmez respirând rar şi că lucrul acesta nu mă ajută m-a convins că este ceva serios în neregulă. Dacă ar fi vorba doar despre o stare nervoasă, n-ar trebui să treacă atunci când respir mai rar?

TERAPEUTUL: Bine, a treia dovadă pentru gândirea anxioasă este *„controlul respiraţiei nu face să dispară senzaţiile de sufocare."* Mai este ceva?

PACIENTA: După cum am menţionat anterior, am amintiri foarte clare cu unchiul meu străduindu-se să respire. A suferit multă vreme de emfizem pulmonar, care, în stadiul final al bolii, l-a împiedicat să mai respire. A fost cea mai groaznică moarte.

TERAPEUTUL: Prin urmare, cea de-a patra dovadă a gândului anxios este *„amintirile despre un unchi care a murit prin sufocare din cauza emfizemului."* Mai sunt alte dovezi pentru gândurile tale anxioase

despre sufocare?

PACIENTA: Nu, cam asta e totul.

TERAPEUTUL: Să căutăm acum dovezi care nu sprijină părerea ta că te confrunți cu un mare risc de moarte din cauza sufocării. Poți să te gândești la vreuna?

PACIENTA: Asta este mult mai greu. Hm... un astfel de lucru ar putea fi faptul că nu am murit încă. Vreau să spun că am aceste senzații de sufocare de luni de zile și sunt tot aici.

TERAPEUTUL: Ai fost aproape de moarte? De exemplu, s-a întâmplat vreodată să-ți pierzi cunoștința, să te învinețești sau au fost vreodată chemați medicii de la urgență să te ajute cu oxigen?

PACIENTA: Nu, nu s-a întâmplat așa ceva. Nu am avut niciodată semne concrete că mor sufocată.

TERAPEUTUL: Să notăm ca dovezi care infirmă gândul tău anxios pe rândul acesta de la începutul coloanei din dreapta a formularului: *„Nu am simțit niciun fel de semne medicale concrete că voi muri din cauza lipsei de oxigen."* Poți să te mai gândești la ceva?

PACIENTA: Păi, medicul meu de familie m-a trimis să fac numeroase teste medicale și m-au consultat mai mulți specialiști, dar toți spun că sunt sănătoasă. Spun că sistemul meu respirator este în regulă.

TERAPEUTUL: Pin urmare, a doua dovadă care infirmă gândul anxios este că *„Sunt foarte sănătoasă fizic, lucru confirmat din punct de vedere medical."* Mai este vreo dovadă?

PACIENTA: Nu-mi mai vine niciuna în minte.

TERAPEUTUL: Cât de greu este să te oprești din respirat? Cât timp poți să-ți ții respirația? Să încercăm. [Terapeutul cronometrează durata.]

PACIENTA: A fost foarte greu, chiar dacă am încercat să nu respir, până la urmă nu m-am mai putut abține. A trebuit să respir.

TERAPEUTUL: Exact, respirația este o reacție automată. Este foarte greu să-ți oprești respirația, oricât te-ai strădui. Cum respirația este o asemenea reacție fiziologică automată, oamenii rareori se opresc din respirat spontan, fără vreun motiv aparent. Ai auzit vreodată că i s-ar fi întâmplat cuiva?

PACIENTA: Nu, nu am auzit.

TERAPEUTUL: Să scriem atunci a treia dovadă care îți infirmă gândul anxios despre sufocare: *„Respirația este o reacție fiziologică atât de automată, încât se întâmplă extrem de rar ca o persoană să nu mai respire fără vreun motiv aparent."* Îți mai vin în minte alte astfel de dovezi contrare?

PACIENTA: Nu, m-am blocat.

TERAPEUTUL: Ai observat vreodată dacă poți face ceva care să-ți reducă senzațiile de sufocare? De exemplu, ce se întâmplă cu aceste senzații dacă te distrage ceva sau dacă ești ocupată la serviciu?

PACIENTA: S-a întâmplat de câteva ori să încep să simt că-mi pierd suflul și apoi am fost foarte ocupată la serviciu și cumva am uitat, iar senzațiile au dispărut.

TERAPEUTUL: OK, înseamnă că distragerea atenției poate cauza o reducere a

senzațiilor de sufocare. Există ceva care pare să înrăutățească aceste senzații?

PACIENTA: Cele mai rele atacuri de panică apar atunci când conduc singură mașina pe un drum îndepărtat, necunoscut. Atunci încep să devin foarte preocupată de starea mea fizică.

TERAPEUTUL: Atunci, există vreo șansă ca această concentrare asupra senzațiilor legate de respirație să înrăutățească senzațiile de sufocare?

PACIENTA: Este posibil.

TERAPEUTUL: Să notăm aceasta ca a patra dovadă care infirmă gândul anxios: *„Senzațiile de sufocare sunt mai puternice atunci când mă concentrez asupra respirației și sunt cele mai slabe atunci când atenția îmi este distrasă."* Îți sună aceasta a afecțiune care poate duce la moarte? Presupui că medicii îi previn pe oameni să nu se concentreze asupra respirației, fiindcă le-ar putea cauza sufocarea ori, dacă au probleme respiratorii, îi sfătuiesc doar să-și distragă atenția de la ele? Sună aceasta a remediu pentru emfizem?

PACIENTA: Nu, evident că nu. Dar cred că este legat de faptul că anxietatea este cauza senzațiilor de sufocare. Asta mi-au spus medicii.

TERAPEUTUL: Bine, atunci haide să reestimăm gândul tău anxios *„O să mă sufoc singură și o să mor."* Bazându-te pe dovezi (și nu pe senzații), care este probabilitatea ca tu să mori din cauza sufocării?

PACIENTA: Cred că este mult mai mică de 90%, dar cu certitudine nu este zero. Aș spune 20%.

TERAPEUTUL: Și, bazându-te doar pe dovezi, cât de grav este rezultatul probabil al senzațiilor tale de sufocare?

PACIENTA: Din nou, probabil că nu este de 100%, deoarece moartea este puțin probabilă. Cred că gravitatea este de aproximativ 60%.

TERAPEUTUL: Aceasta ne spune că tinzi să supraestimezi probabilitatea și gravitatea amenințării (*„Voi muri prin sufocare"*) atunci când ești anxioasă. Oricum, atunci când te bazezi pe dovezi (și nu pe senzații), îți dai seama că amenințarea este mult mai puțin gravă. Știm că estimările exagerate ale amenințării agravează anxietatea și, atunci când individul privește mai realist amenințarea, anxietatea scade. Prin urmare, o modalitate de a-ți diminua anxietatea este aceea de a-ți corecta gândurile anxioase exagerate, reamintindu-ți toate dovezile care îți infirmă gândul și reestimând apoi probabilitatea și gravitatea sa. După ce faci lucrul acesta de câteva ori, folosind ca ghid Anexa 6.2, vei dobândi abilitatea de a corecta gândurile anxioase.

PACIENTUL: Sună grozav, dar atunci când sunt anxioasă nu pot gândi limpede.

TERAPEUTUL: Înțeleg, dar cu cât exersezi mai mult corectarea gândurilor și a evaluărilor anxioase, cu atât mai automat devine întregul proces și te perfecționezi în folosirea acestei tehnici pentru diminuarea anxietății. Vrei să faci o încercare cu o temă de casă?

PACIENTA: Sigur, să încercăm.

[*Notă*: Dacă pacientul a întâmpinat dificultăți în folosirea metodei strângerii dovezilor de reacții la episoadele de anxietate *in vivo*, terapeutul îl poate îndemna să-și imagineze situații de panică și să exerseze contracararea anxietății folosind dovezile care infirmă anxietatea.]

Instructiuni pentru clinician 6.9

Învățați-i pe pacienți să strângă dovezi pro și contra estimărilor lor exagerate referitoare la probabilitatea și la gravitatea amenințării legate de îngrijorările lor anxioase. Estimările privind probabilitatea și gravitatea amenințării sunt recalculate doar pe baza dovezilor obținute. Strângerea dovezilor poate fi o metodă eficace pentru modificarea gândirii anxioase exagerate, deoarece încurajează persoana să treacă de la estimările bazate pe afecte (adică raționament *ex consequentia*: „Mă simt anxioasă, prin urmare trebuie că sunt în pericol"), la estimări ale unei situații bazate pe dovezi.

Analiza costuri-beneficii

În tulburările de anxietate, analiza costuri-beneficii este o intervenție deosebit de versatilă și de eficace, deoarece indivizii sunt concentrați deja asupra consecințelor gândurilor și sentimentelor lor. Terapeutul îl ajută pe pacient să-și pună întrebarea: „Care este consecința, care sunt avantajele și dezavantajele păstrării acestei convingeri sau perspective pentru anxietatea de care sufăr ?" (vezi Leahy, 2003). Wells (1997) a constatat că analiza costuri-beneficii poate să întărească și motivația pentru tratament. După identificarea gândului, a convingerii sau a evaluării anxioase principale, terapeutul poate adresa următoarele întrebări:

- „Din experiența ta, care sunt consecințele imediate și cele pe termen lung ale menținerii acestui gând anxios?"
- „Există costuri și beneficii ori avantaje și dezavantaje ca să te îndreptățească să crezi în gândul anxios?"
- „Ce efecte imediate și pe termen lung are gândirea aceasta asupra anxietății tale?"
- „Dacă ai avea o altă perspectivă asupra anxietății, care crezi că ar fi costurile și beneficiile?"

Terapeutul poate folosi Formularul pentru costuri-beneficii, din Anexa 6.3, pentru a face o analiză a costurilor și beneficiilor unui gând sau ale unei convingeri anxioase. Întâi, este înregistrat gândul anxios. Apoi, folosind descoperirea dirijată, terapeutul investighează avantajele și dezavantajele imediate și pe termen lung ale acceptării gândului anxios. Pacienții sunt rugați să încercuiască consecințele, atât cele pozitive, cât și cele negative, care sunt într-adevăr importante pentru ei. Se ia apoi în discuție o modalitate alternativă de a gândi în legătură cu situația anxiogenă și se notează costurile și beneficiile acestei abordări în jumătatea inferioară a formularului. Din nou

sunt încercuite consecințele cele mai semnificative pentru pacient. Obiectivul acestui exercițiu este acela de a sublinia costurile ridicate asociate gândirii anxioase şi beneficiile imediate ale unei perspective alternative. Se pot concepe teme de casă care să testeze consecințele gândirii anxioase şi beneficiile unei abordări alternative. Terapeutul îi încurajează pe pacienți să exerseze, atunci când sunt anxioşi, deplasarea atenției de la conținutul amenințării la întrebarea „Gândirea aceasta anxioasă este utilă sau nocivă?" Terapeutul evidențiază faptul că reamintirea repetată a costurilor gândirii anxioase este o altă modalitate eficace de a slăbi sau de a dezactiva programul anxietății. Intervenția aceasta este eficace mai cu seamă dacă pacienții înțeleg pe deplin faptul că gândirea anxioasă le accentuează disconfortul, în loc să-i ajute să se confrunte cu amenințarea percepută ori să o îndepărteze.

Jeremy suferea de ani de zile de TAG. Una dintre cele mai mari îngrijorări ale sale o reprezenta situația lui financiară, în ciuda faptului că avea un serviciu sigur şi bine plătit. Îşi plătea întotdeauna facturile, avea în fiecare lună bani pe care să-i depună în contul său de investiții şi n-a avut niciodată nici pe de parte dificultăți financiare şi nici nu a fost amenințat de faliment. Cu toate acestea, Jeremy era mereu îngrijorat că nu investea destul şi, prin urmare, nu va fi pregătit în cazul falimentului. Cu ajutorul Formularului costuri-beneficii, am identificat gândul anxios al lui Jeremy - *„Nu economisesc destul, încât să fiu pregătit pentru un dezastru financiar în viitor"* (de exemplu, dacă îmi pierd serviciul şi nu voi avea niciun venit). Jeremy credea că îngrijorarea sa legată de economisirea banilor prezenta mai multe avantaje, cum ar fi (1) îl obliga să economisească mai mult în fiecare lună şi, astfel, economiile sale creşteau, (2) îşi supraveghea mai atent cheltuielile, (3) va fi mai bine pregătit să facă față unei pierderi financiare, (4) îl asigura că nu-şi va pierde casa sau că nu va da faliment dacă îşi pierdea serviciul şi (5) se simțea mai bine atunci când făcea economii. Jeremy a încercuit (1) şi (3), pe care le-a considerat avantajele cele mai importante ale îngrijorării sale.

Investigarea dezavantajelor îngrijorării a fost mai dificilă dar, cu ajutorul terapeutului, s-a compus această listă: (1) cu cât se gândeşte mai mult că nu a economisit destul, cu atât este mai anxios şi mai tensionat; (2) când începe să se îngrijoreze în legătură cu economiile, nu se mai poate opri, acest lucru îl absoarbe cu totul; (3) nu doarme bine fiindcă este îngrijorat în legătură cu economiile; (4) se bucură prea puțin de viață, deoarece este mereu îngrijorat pentru situația sa financiară; (5) îşi interzice în mod frecvent mici plăceri, de teamă să cheltuie bani; (6) ajunge la certuri serioase cu soția lui pe tema cheltuielilor şi ea l-a amenințat că-l va părăsi; (7) se simte distant şi dezinteresat de copii, din cauza preocupării sale pentru economii; şi (8) petrece ore îndelungate, frustrante, în fiecare seară, verificându-şi investițiile. Jeremy a indicat că (1), (3), (6) şi (7) exprimau costurile cel mai importante asociate îngrijorării sale legate de economisirea banilor.

În acest stadiu al terapiei, Jeremy era încă foarte acaparat de îngrijorările sale de natură financiară. De aceea, i-a fost greu să gândească o perspectivă alternativă. Până la urmă, după discuții îndelungate, s-a ajuns la concluzia că următorul mod de gândire ar putea deveni un obiectiv al tratamentului. *„Economisesc destui bani pentru a putea să fac față în cazul unei pierderi financiare*

temporare, moderate, dar nu pot face mare lucru pentru a-mi garanta protecția pe o perioadă îndelungată de faliment total." Am discutat atunci despre avantajele pe care le prezenta această perspectivă asupra finanțelor sale: (1) anxietate redusă în legătură cu economiile, deoarece nu mai era nevoie să strângă o sumă atât de mare pentru a-și întări siguranța, (2) toleranță mai mare pentru fluctuațiile bursei, (3) necesitate redusă de monitorizare a investițiilor, (4) libertate mai mare de a cheltui pentru plăcerile și pentru bucuriile zilnice și (5) mai puține conflicte cu soția sa în legătură cu banii, deoarece el nu va mai insista atât de mult să controleze cheltuielile. Atât (1), cât și (5) au fost notate ca avantaje importante ale noii perspective. În privința dezavantajelor, Jeremy se întreba (1) dacă ar putea ajunge la un cont mai redus pentru investiții, deoarece economisea mai puțin și (2) dacă va fi pregătit pentru niște pierderi financiare mai reduse. În ansamblu, Jeremy a recunoscut că dezavantajele gândurilor anxioase referitoare la economii și avantajele pe care le reprezenta adoptarea unei perspective moderate erau absolut evidente.

Terapeutul a reușit să folosească analiza costuri-beneficii în ședințele următoare, amintindu-i lui Jeremy să se gândească la „consecințele gândirii anxioase în legătură cu economiile" și la „beneficiile gândurilor referitoare la economii moderate". Practic, de fiecare dată când Jeremy devenea îngrijorat în legătură cu situația sa financiară, terapeutul îi sugera să-și „amintească formularul referitor la costuri și beneficii și la ceea ce pățești dacă ești îngrijorat fiindcă vrei să economisești pentru eventualitatea celui mai mare dezastru financiar." „Pornind de la analiza costuri-beneficii, cum poți să te gândești la economii care te-ar ajuta să devii mai puțin anxios?" Din nou, pacienților li se amintește că, dacă recurg în mod repetat la analiza costuri-beneficii de fiecare dată când apare gândirea anxioasă, vor ajunge să stăpânească acest instrument util pentru a slăbi programul fricii și pentru diminuarea anxietății.

Instructiuni pentru clinician 6.10

Analiza costuri-beneficii este o intervenție cognitivă care îl învață pe pacient să aleagă o abordare pragmatică, examinând avantajele și dezavantajele imediate și pe termen lung ale asumării unei amenințări exagerate sau, alternativ, ale adoptării unei perspective mai realiste. Terapeutul folosește descoperirea dirijată și temele de casă pentru a-i ajuta pe pacienți să înțeleagă pe deplin costurile pe care le presupune „asumarea variantei celei mai rele" și beneficiile pe care le oferă o perspectivă alternativă realistă. Pacienții pot folosi această perspectivă pentru a-și contracara gândurile și convingerile anxioase.

Decatastrofarea

A treia intervenție cognitivă care poate să fie deosebit de utilă pentru majoritatea tulburărilor de anxietate impune confruntarea „ipotetică" a pacientului cu catastrofa de care se teme sau cu lucrul cel mai grav care se poate întâmpla. Beck și colab. (1985, 2005) au făcut o analiză amănunțită a folosirii decatastrofării pentru a modifica evaluările exagerate ale amenințării

şi ale convingerilor. Craske şi Barlow (2006) descriu catastrofarea ca „evaluarea disproporţionată a lucrurilor" (p. 86) şi decatastrofarea ca „imaginarea celui mai grav rezultat şi apoi judecarea obiectivă a severităţii sale" (p. 87). Ei observă faptul că prin catastrofare indivizii de gândesc la rezultate foarte puţin probabile, chiar imposibile (de exemplu, „Aş putea contacta o boală mintală dacă stau aproape de o persoană fără adăpost") sau ajung la o concluzie extremă, în urma unui eveniment minor (de exemplu, „Dacă fac o greşeală în formularul acesta, va fi anulat şi eu nu voi mai primi ajutorul pentru handicap".)

Decatastrofarea este o intervenţie eficace atunci când este clar că gândirea catastrofică este prezentă în estimările pacientului referitoare la ameninţare şi la vulnerabilitate. Ea este o abordare deosebit de utilă atunci când avem de-a face cu evitarea cognitivă evidentă în îngrijorarea patologică (Borkovec şi colab., 2004). Decatastrofarea se opune evitării cognitive, încurajând pacientul să se confrunte cu catastrofa imaginată şi cu anxietatea asociată ei. Această intervenţie are şi alte beneficii terapeutice, cum ar fi reaşezarea estimărilor despre probabilitatea şi gravitatea ameninţării la un nivel mai realist, creşterea sentimentului autoeficacităţii, pentru confruntarea cu rezultatele negative viitoare şi încurajarea procesării informaţiilor despre siguranţă şi despre salvare în situaţiile temute din viitor.

Decatastrofarea are trei componente:

1. Stadiul de pregătire
2. Descrierea catastrofei („Care este lucrul cel mai grav care se poate întâmpla?", „Ce va fi atât de rău în legătură cu acest lucru?")
3. Stadiul rezolvării problemei

Atunci când folosim decatastrofarea, sincronizarea este cea mai importantă. Având în vedere nivelul de anxietate şi de evitare asociate frecvent cu „gândurile despre cel mai rău caz", ar trebui folosite alte intervenţii cognitive şi comportamentale pentru pregătirea acestei forme de „expunere bazată pe imagerie mintală". Mai târziu, pe parcursul terapiei, decatastrofarea poate fi introdusă ca modalitate de confruntare cu „temerile din propria ta minte". Argumentele şi beneficiile intervenţiei trebuie explicate şi trebuie evaluată disponibilitatea pacientului de a participa la decatastrofare.

Presupunând că sincronizarea şi pregătirea sunt adecvate, pasul următor este obţinerea unei discuţii detaliate, complete despre scenariul cazului cel mai nefericit. Întrebări de verificare, cum ar fi „Care este lucrul cel mai rău ce se poate întâmpla?" sau „Ce este atât de rău în legătură cu acest lucru?", pot fi folosite. Tehnica săgeţii îndreptate în jos este utilă pentru a se ajunge la catastrofa de care se teme pacientul. Pacientul trebuie încurajat să descrie toate aspectele catastrofei de care se teme, inclusiv consecinţele pentru el şi pentru ceilalţi („Cum s-ar schimba viaţa ta?"), probabilitatea ca ea să apară, gravitatea ei şi incapacitatea de coping a pacientului. Terapeutul trebuie să stabilească dacă pacientul recunoaşte orice elemente de siguranţă sau care să indice posibilitatea de salvare în scenariul pentru cazul cel mai nefericit. Dacă este posibil, imaginarea catastrofei este un mod mai puternic de a obţine aspectele încărcate de emoţii ale celui mai grav rezultat. Evaluările

anxietății resimțite în timp ce se discută sau este imaginată catastrofa trebuie obținute ca modalitate de a demonstra efectele de inducere a anxietății pe care le are catastrofarea. Dacă reuşim să-l convingem pe pacient să facă o descriere în scris a catastrofei, reuşim să reducem în mod eficient evitarea cognitivă posibilă care poate apărea atunci când se imaginează sau doar se discută „scenariul cel mai sumbru". De asemenea, terapeutul ar trebui să stabilească în ce măsură pacientul îşi dă seama de natura exagerată sau irațională a catastrofării şi de efectele ei asupra anxietății.

După o descriere clară a „celui mai sumbru scenariu", poate fi introdusă o metodă de rezolvare a problemei pentru catastrofare ca modalitate de contracarare a acestei forme de gândire. Metoda strângerii dovezilor poate fi folosită pentru evaluarea probabilității celui mai sumbru scenariu. Se poate iniția şi construirea celui mai bun rezultat, ca o modalitate de a încadra rezultatul negativ extrem şi rezultatul pozitiv extrem (Leahy, 2005). Se poate dezvolta şi o variantă intermediară, mai realistă a rezultatului negativ, ca alternativă la catastrofă. Împreună cu pacientul, terapeutul poate concepe un plan de acțiune care să cuprindă o modalitate de coping cu rezultatul negativ mai realist. Acest plan de acțiune trebuie scris, iar pacientul va fi îndemnat să lucreze la planul respectiv ori de câte ori începe să gândească în termeni catastrofici.

De exemplu, Josie suferea între două şi trei atacuri de panică grave zilnic. Era extrem de vigilentă în privința pulsului şi devenea extrem de anxioasă de fiecare dată când simțea că ritmul cardiac era prea rapid şi eventual neregulat. Atunci interpreta greşit, catastrofând datorită convingerii că va suferi un atac de cord fatal, dacă ritmul cardiac era prea ridicat. După mai multe şedințe de terapie dedicate educării şi unor intervenții mai puțin amenințătoare, care s-au concentrat asupra interpretării greşite a ritmului cardiac accelerat, Josie a fost de acord să se supună unui exercițiu de expunere bazată pe imagerie mintală, în care îşi imagina un puls accelerat, care conducea la un atac de cord masiv, în care ea zăcea la pământ, singură, apăsându-şi pieptul, muribundă. După un exercițiu laborios de strângere a dovezilor, în care pacientul şi terapeutul au reuşit să analizeze dacă dovezile despre probabilitatea şi despre gravitatea rezultatului catastrofic erau exagerate sau nu, s-a luat în discuție un rezultat negativ alternativ. Josie a decis că un rezultat deosebit de negativ alternativ mai probabil ar putea fi presiunea toracică, ritmul cardiac foarte accelerat, urmate de durere toracică severă. Ea merge imediat la urgență şi află că a suferit doar un atac uşor de cord. S-a dezvoltat apoi un plan de acțiune pentru modul în care îşi va trăi restul vieții, ştiind că suferă de o afecțiune cardiacă. Josie a fost încurajată să lucreze la planul pentru „atacul uşor de cord", de fiecare dată când începea să catastrofeze. Rețineți faptul că obiectivul acestei intervenții era acela de a diminua frica (şi tendința de a catastrofa) în legătură cu afecțiunea cardiacă şi de a-i întări abilitatea percepută de coping, dacă situația aceasta s-ar fi ivit vreodată.

Instructiuni pentru clinician 6.11

Decatastrofarea presupune identificarea „celui mai sumbru scenariu" asociat unei îngrijorări anxioase, evaluarea probabilității acestui scenariu şi apoi construirea unui rezultat mai degrabă moderat stresant. Rezolvarea problemei este folosită pentru dezvoltarea unui plan care să ajute în confruntarea cu rezultatul negativ mai probabil.

Identificarea erorilor de gândire

Învățarea pacienților anxioşi să fie mai conştienți de erorile cognitive pe care sunt predispuşi să le facă atunci când sunt anxioşi este o altă strategie utilă pentru modificarea estimărilor eronate ale anxietății. Evidențierea erorilor în stilul de gândire al individului consolidează mesajul care le indică pacienților faptul că percepțiile amenințării sunt inexacte atunci când oamenii sunt deosebit de anxioşi. Aceasta încurajează o abordare mai critică, interogativă, a gândirii anxioase. De aceea, este important ca pacienții să înțeleagă argumentele care susțin identificarea şi apoi corectarea erorilor cognitive. Terapeutul poate să folosească această explicație:

„Deşi fiecare dintre noi ajunge câteodată la aceste stiluri de gândire greşită, erorile acestea apar cu precădere atunci când suntem anxioşi. Când comitem aceste erori de gândire, ele au tendința de a conduce la concluzii mai exagerate şi mai biasate. De exemplu, dacă m-aş concentra doar asupra erorilor sau a greşelilor atunci când susțin o prelegere publică (eroarea vederii de tip tunel), aş ajunge la concluzia că discursul a fost groaznic, iar eu am creat o impresie deplorabilă. Acelaşi lucru se petrece atunci când comitem aceste erori cognitive în momentele în care ne simțim anxioşi. Ele ne conduc la concluzii exagerate şi false despre amenințare sau despre pericol şi despre incapacitatea noastră de coping într-o situație dată. Prin urmare, învățarea modului de a identifica aceste erori şi de a le corecta este o intervenție importantă pentru reducerea gândurilor şi a sentimentelor anxioase."

Pacienții pot primi o copie a Anexei 5.6 pentru a se familiariza cu cele şase forme de erori cognitive care sunt comune în anxietate: catastrofarea, concluziile pripite, vederea de tip tunel, lipsa de perspectivă, raționamentul emoțional şi gândirea de tipul totul sau nimic. Identificarea erorilor ar trebui introdusă întâi prin studierea înregistrărilor gândurilor realizate pe parcursul şedințelor şi prin discutarea erorilor cognitive care se manifestă în gândirea anxioasă a pacientului. Aceasta poate fi urmată de o temă de casă în care pacienții să găsească exemple de erori de gândire din experiențele lor de zi cu zi (folosiți Anexa 5.6). După acest exercițiu, terapeutul îi va îndemna pe pacienți să încorporeze identificarea erorilor într-o strategie cognitivă, pe care să o folosească de fiecare dată când apare gândirea sau îngrijorarea anxioasă.

Taylor (2000) descrie o metodă de raționament inductiv care poate fi deosebit de utilă în combaterea stilului gândirii eronate, care conduce la

estimări exagerate ale amenințării. Prin metoda dialogului socratic şi prin metoda descoperirii dirijate, terapeutul investighează, împreună cu pacientul, modul în care situații sau simptome specifice pot conduce la un rezultat temut. De exemplu, un pacient poate fi întrebat cum poate presiunea toracică să provoace un atac de cord sau cum pot fi prevenite asemenea atacuri de cord doar dacă stai întins. O persoană suferind de TSPT, care devine anxioasă când îşi aminteşte trauma din trecut, poate fi întrebată cum pot amintirile acestea să sporească probabilitatea pericolului prezent sau a unei traume viitoare. Indivizii cu obsesii sexuale respingătoare pot fi îndemnați să explice modul în care gândurile de felul acesta ar putea conduce la comiterea unei infracțiuni de natură sexuală, iar persoana suferind de fobia socială să explice cum pot emoțiile să conducă la umilirea publică. Inițiind tipul acesta de interogare inductivă, terapeutul obține informații care pot fi folosite pentru a evidenția erorile cognitive din gândirea anxioasă, care conduc la concluziile greşite legate de amenințare şi de vulnerabilitatea personală.

Instructiuni pentru clinician 6.12

Pacienții învață să identifice erorile cognitive şi raționamentele inductive eronate care caracterizează un stil de gândire anxios. Această intervenție îi ajută pe pacienți să dezvolte o atitudine mai critică față de gândurile lor anxioase automate.

Generarea unei explicații alternative

În perioadele de anxietate ridicată, gândirea individului este deseori extrem de rigidă şi de inflexibilă, concentrându-se în mod limitat asupra pericolului sau a amenințării percepute (Beck şi colab., 1985, 2005). Pacienții admit în mod frecvent faptul că gândirea lor anxioasă este irațională, dar puternica încărcătură emoțională asociată acestor gânduri le face greu de ignorat. Astfel, căutarea explicațiilor alternative pentru situațiile anxioase poate fi deosebit de dificilă. Exercițiul repetat împreună cu terapeutul cognitivist, care îl antrenează pe pacient în elaborarea unor explicații alternative pentru o diversitate de situații anxiogene, trebuie să se desfăşoare înainte ca această aptitudine să se generalizeze pentru situațiile anxiogene naturale din afara spațiului de desfăşurare a terapiei. Uneori, este nevoie ca alternativa să fie prezentată ca o eventuală posibilitate pe care pacientul să o accepte măcar ca pe un alt mod de a înțelege o situație (Rouf, Fennell, Westbrook, Cooper şi Bennett-Levy, 2004). În acelaşi timp, deprinderea de a genera interpretări alternative mai puțin anxioase este o componentă esențială a terapiei cognitive pentru anxietate, deoarece pacienții au nevoie de explicații credibile, care să înlocuiască interpretarea lor catastrofică.

Formularul interpretărilor alternative din Anexa 6.4 poate fi folosit ca instrument terapeutic în timpul şedinței sau ca temă de casă pentru generarea explicațiilor alternative. Majoritatea pacienților reuşesc să formuleze „rezultatul cel mai temut" şi „rezultatul cel mai dorit". Pentru formularea rezultatului alternativ, mai realist sau mai probabil va fi nevoie de mult mai

multe sugestii şi îndrumări din partea terapeutului. O perspectivă alternativă satisfăcătoare trebuie să aibă următoarele caracteristici:

1. Să se distingă în mod clar de interpretarea catastrofică.
2. Să corespundă mai bine faptelor şi realităţii situaţiei.
3. Să poată fi evaluată empiric.

Un pacient suferind de TOC a descris ca obsesie primară diverse gânduri stresante de natură sexuală în legătură cu faptul că ar fi homosexual. Deşi era stânjenit de reacţiile sale aparent homofobe, continua să se simtă deosebit de anxios ori de câte ori anumite situaţii îi declanşau gânduri care puneau sub semnul întrebării orientarea sa sexuală. Interpretarea sa catastrofică era „Ce s-ar întâmpla dacă aceste gânduri frecvente că aş fi homosexual înseamnă că sunt un homosexual latent? Va trebui să divorţez de soţia mea şi să mă mut cu un partener homosexual." Rezultatul cel mai dorit era „Să nu mă mai gândesc niciodată că aş putea fi homosexual şi să fiu 100% sigur că sunt heterosexual." Explicaţia alternativă cea mai probabilă a fost „Gândurile mele frecvente în legătură cu faptul că aş fi homosexual nu se datorează unei orientări homosexuale latente, ci, mai degrabă, reacţiei mele exagerate faţă de aceste gânduri, deoarece ele reprezintă o violare a standardelor mele morale." Observaţi că interpretarea alternativă este la polul opus faţă de explicaţia catastrofică. În vreme ce perspectiva anxioasă este „Gândurile acestea ar putea fi cauzate de o orientare homosexuală", explicaţia alternativă este „Gândurile acestea sunt cauzate de o reacţie greşită, a cărei sursă este o aversiune extremă faţă de orientarea homosexuală (adică homofobia)." Strângerea dovezilor şi testarea empirică a ipotezei sunt mai eficace atunci când perspectiva alternativă şi explicaţia catastrofică sunt la poli opuşi. În felul acesta, rezultatele unor astfel de exerciţii vor constitui dovada indestructibilă în favoarea alternativei şi împotriva concluziei catastrofice.

Tabelul 6.3 prezintă exemple de interpretări catastrofice, de rezultate dorite şi de explicaţii alternative, care se pot găsi în tulburări de anxietate specifice. Scopul este acela de a lucra împreună cu pacientul pentru a genera explicaţii alternative credibile, care să fie supuse verificării empirice. Prin exerciţiu, pacientul poate învăţa să înlocuiască interpretarea catastrofică cu explicaţia alternativă, reducând în felul acesta estimările exagerate privind ameninţarea şi anxietatea subiectivă asociată.

Instructiuni pentru clinician 6.13

Remedierea gândirii anxioase necesită descoperirea unor interpretări alternative mai realiste care pot înlocui estimările exagerate legate de ameninţare. Alternativele cele mai eficiente pentru contracararea gândurilor şi a convingerilor anxioase automate sunt acelea care oferă o perspectivă mai echilibrată, întemeiată pe dovezi, care este în mod clar distinctă de schemele anxioase.

Testarea empirică a ipotezei

Una dintre intervențiile cele mai importante pentru modificarea cognitivă este experimentul comportamental sau testarea ipotezei empirice. Introduse pentru prima dată în manualul de terapie cognitivă pentru depresie (Beck și colab., 1979), experimentele comportamentale sunt experiențe structurate, planificate, proiectate cu scopul de a oferi pacientului datele experiențiale pro și contra estimărilor sau convingerilor referitoare la amenințare și la vulnerabilitate. *The Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy - Ghidul Oxford pentru experimentele comportamentale în terapia cognitivă*, cel mai detaliat manual clinic pentru experimentele comportamentale, a oferit următoarea definiție operațională: „Experimentele comportamentale sunt activități planificate, bazate pe experiment sau pe observație, care sunt întreprinse de către pacienți în timpul sau în intervalul dintre ședințele de terapie cognitivă" (Bennett-Levy și colab., 2004, p. 8). Ele derivă dintr-o formulare cognitivă a anxietății, iar scopul lor principal este acela de a oferi informații noi, care pot testa validitatea convingerilor disfuncționale, pot consolida convingeri mai adaptative și pot verifica formularea cognitivă. Bazându-se pe observații de natură conceptuală, pe experiența clinică și pe unele dovezi empirice, Bennett-Levy și colab. (2004) susțin cu argumente deosebit de convingătoare faptul că experimentul comportamental este strategia terapeutică cea mai puternică de care dispun terapeuții cognitiviști pentru a promova modificarea cognitivă, afectivă și comportamentală.

În tulburările de anxietate, testarea empirică a ipotezei presupune de obicei o anumită formă de expunere la o situație amenințătoare și o manipulare, cu scop de infirmare, care testează validitatea estimării anxioase (D.M. Clark, 1986b; Wells, 1997). Cele mai eficace exerciții pentru testarea ipotezei sunt structurate astfel încât rezultatul experimentului să poată infirma convingerea anxioasă și să sprijine interpretarea alternativă. Având în vedere dovezile empirice copleșitoare ale eficacității expunerii în diminuarea fricii (vezi analiza din Capitolul 7), exercițiile de testare a ipotezei care sunt bazate pe expunere reprezintă o intervenție esențială pentru terapia cognitivă a anxietății. Experimentele comportamentale ar trebui introduse devreme în tratament și continuate pe tot parcursul acestuia. Deseori, ele au un rol definitoriu în modificarea gândirii anxioase. De fapt, este greu de imaginat o intervenție cognitivă eficace pentru anxietate, care să nu cuprindă exerciții comportamentale în timpul ședințelor și între ședințe. Exercițiile comportamentale pot lua forma unor demonstrații destul de spontane din timpul ședințelor, cum ar fi îndemnarea pacientului să reprime gândurile referitoare la un urs alb, pentru a ilustra efectele negative ale reprimării intenționate a gândului. În secțiunea următoare, vom vorbi despre etapele cele mai importante în dezvoltarea unui exercițiu eficace de testare empirică a ipotezei. (Vezi Rouf și colab., 2004, pentru o discuție mai detaliată despre modul în care trebuie concepute experimente comportamentale eficiente.)

TABELUL 6.3. Ilustrări ale interpretărilor catastrofice, rezultatelor considerate cele mai de dorite și ale interpretărilor alternative ale pacienților, care pot fi relevante pentru diverse tulburări de anxietate

Tulburarea de anxietate	Interpretarea catastrofică	Rezultatul dorit	Interpretarea alternativă
Tulburarea de panică (senzație de vid mental, senzație de irealitate)	„Îmi pierd controlul, contactul cu realitatea. Poate că înnebunesc și va trebui să mă internez."	„Vreau să fiu complet lucid și conștient în fiecare clipă."	„Senzațiile de irealitate și de vid mental reflectă variații normale ale nivelului stimulării care poate fi afectat de o multitudine de factori interni și externi."
Fobia socială (observă semne ale intensificării anxietății)	„Toată lumea va observa că devin anxios și se va întreba ce este în neregulă cu mine. O să ajung să mă fac de rușine. "	„Vreau să mă simt întotdeauna complet relaxat și sigur de mine în contextele sociale."	„Poți să te simți anxios și totuși să fii performant într-un context social. Nu se poate ști dacă alții observă anxietatea mea și dacă aceasta determină o concluzie negativă în ceea ce mă privește."
Tulburarea de anxietate generalizată (îngrijorare în legătură cu îndeplinirea unor îndatoriri zilnice minore)	„Voi fi atât de îngrijorat pentru că trebuie să rezolv problemele cotidiene, încât mă voi simți complet paralizat și va trebui să mă internez din nou."	„Vreau să mă simt absolut sigur și încrezător că voi îndeplini aceste obiective zilnice pe care mi le propun."	„Îngrijorarea îmi va încetini activitatea și, astfel, voi reuși să rezolv mai puțin decât mi-am propus, dar acest lucru nu trebuie să conducă la imobilitate completă și la inactivitate."
Tulburarea obsesiv-compulsivă (teamă de contaminare sau de transformare mentală)	„Dacă mă apropii prea mult de oameni pe care îi percep ca fiind ciudați sau diferiți, îmi voi pierde potențialul creator."	„Prefer să evit orice contact cu oamenii care sunt deosebiți și care îmi amenință creativitatea."	„Creativitatea mea a fost obstrucționată de TOC, mai degrabă decât de apropierea de oamenii pe care îi percep ca persoane indezirabile."
Tulburarea de stres posttraumatic (reacții la imagini recurente legate de traumă)	„Incapacitatea mea de a reprima aceste imagini înseamnă că TSPT este atât de gravă, încât nu voi mai fi niciodată în stare să funcționez în viață."	„Doresc să nu mai am amintiri involuntare/ nedorite legate de evenimentul traumatic."	„Toți cei care au suferit o traumă trebuie să trăiască cu amintirile tulburătoare legate de evenimentul respectiv, minimalizând, în același timp, impactul pe care acestea îl au asupra vieții de zi cu zi."

Etapa întâi. Argumentarea

Orice exercițiu de testare empirică a ipotezei trebuie să pornească de la aspectul esențial al ședinței de terapie și trebuie să corespundă formulării cognitive de caz. Terapeutul cognitivist prezintă exercițiul oferind o argumentație. Acest lucru este ilustrat în următorul exemplu de caz. Jodie era o studentă de 22 de ani, care dezvoltase o anxietate debilitantă în legătură cu participarea la cursurile la care asistă un public numeros. Gândul său anxios primar era „Toți cei din sala de curs mă observă și cred că eu nu am ce să caut la universitate." Aceasta a condus la fugă (adică părăsirea sălii mai devreme) și la evitare (adică absențe de la cursuri) - comportamente care i-au afectat performanța academică. În situația aceasta, terapeutul a introdus experimentul comportamental, spunând:

„Așadar, Jodie, stai în sala de curs și ești foarte anxioasă. Te gândești că «probabil toți se uită la mine și se gândesc că ea nu are ce să caute la universitate». Mă întreb dacă am putea alege un experiment sau vreun exercițiu prin care să testăm corectitudinea acestui gând. Te-aș putea ruga să încerci să-ți amintești unele motive pentru care consideri că interpretarea aceasta poate fi adevărată sau falsă, dar modalitatea cea mai sigură de a afla lucrul acesta este prin strângerea informațiilor de la fața locului. Cea mai bună modalitate de testare a acestui gând anxios este prin strângerea de informații despre el atunci când te afli în sala de curs. Cu toții învățăm mult mai mult din experiențele proprii decât de la profesori sau chiar de la terapeuți. De fapt, s-a demonstrat că exercițiile date ca temă de casă constituie o componentă esențială a tratamentului pentru diminuarea anxietății. Pe lângă faptul că îți dau ocazia să-ți testezi gândirea anxioasă, îți oferă posibilitatea de a acționa direct asupra propriei anxietăți. Dorești să construim împreună un exercițiu care să testeze gândul acesta anxios?"

Etapa a doua. Formularea evaluării amenințării și a alternativei sale

Presupunând că s-a stabilit comunicarea cu pacientul, pasul următor constă în formularea estimării amenințării și a alternativei sale. Formularul pentru testarea empirică a ipotezei, din Anexa 6.5, poate fi folosit pentru formularea experimentului comportamental și pentru strângerea informațiilor referitoare la rezultat. Pentru a construi un experiment comportamental eficace, este esențial să avem o formulare clară, specifică a interpretării amenințării (adică a gândului sau a convingerii anxioase) care constituie ținta exercițiului nostru. Terapeutul trebuie să înregistreze estimarea de natură anxioasă în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei și să-i roage pe pacienți să evalueze încrederea în această formulare pe o scală de la 0 la 100, chiar la începutul exercițiului comportamental. Terapeutul și pacientul elaborează apoi o interpretare alternativă complet diferită de gândul sau de convingerea anxioasă și mai plauzibilă decât aceasta (vezi secțiunea anterioară despre generarea alternativelor). Alternativa este înregistrată în formular și pacientul este rugat să-și exprime gradul de încredere, la sfârșitul experimentului comportamental pe scala menționată mai devreme. Cele două cifre de rating

vor indica dacă experimentul comportamental a condus la o modificare a convingerii de la interpretarea legată de amenințare la perspectiva alternativă.

În ilustrarea noastră de caz, interpretarea lui Jodie pentru amenințare era „În timpul orelor de curs, am emoții că toată lumea o să mă observe și că vor crede că nu am ce căuta la universitate." Interpretarea alternativă era „Emoțiile mele sunt foarte evidente pentru mine, dar pentru colegii mei sunt abia vizibile. În plus, ei ascultă prelegerea, vorbesc cu colegul de alături, dorm sau visează cu ochii deschiși, prin urmare nici nu mă iau în seamă." Fiecare dintre aceste formulări a fost dezvoltată în mod colaborativ, în timpul ședinței de terapie pentru experimentul comportamental.

Etapa a treia. Planificarea experimentului

Planificarea unui experiment reușit durează cel puțin 10-15 minute din timpul rezervat terapiei. Este important să se noteze suficiente detalii despre desfășurarea experimentului, pentru ca pacientul să știe cu precizie ce se va face într-un moment și într-un loc anume. Experimentul trebuie să cuprindă o activitate care să permită testarea clară a interpretării anxioase în contrast cu interpretarea alternativă. Este important ca exercițiul să fie planificat în colaborare cu pacientul și trebuie să existe un acord cu privire la faptul că experimentul este un test relevant pentru gândirea anxioasă. Nu are rost să se folosească un exercițiu de testare empirică a ipotezei, pe care pacientul nu îl consideră relevant sau pe care nu intenționează să-l finalizeze. Presupunând că s-a convenit asupra relevanței unui anumit exercițiu, terapeutul trebuie să noteze apoi instrucțiunile specifice pentru realizarea experimentului în coloana din stânga a Formularului pentru testarea empirică a ipotezei.

Rouf și colab. (2004) notează mai multe aspecte care trebuie luate în considerare atunci când se planifică experimente comportamentale. Asigurați-vă că obiectivul experimentului este clar, că au fost identificate spațiul și timpul desfășurării experimentului și că au fost identificate resursele necesare pentru realizarea experimentului. Orice probleme care se anticipează trebuie rezolvate înainte de alegerea exercițiului. Terapeutul poate să-l întrebe pe pacient „Ce crezi că ar putea să te descurajeze sau chiar să te împiedice să duci la bun sfârșit acest exercițiu?" Probleme cum ar fi timpul insuficient, posibilități limitate sau anxietate anticipativă ridicată trebuie rezolvate înainte de repartizarea exercițiului. Indiferent de progresul obținut, este important să existe un rezultat constructiv (adică o situație în care ambele variante să aibă un efect pozitiv) și este important ca exercițiul să nu fie prea dificil sau prea solicitant pentru pacient. În sfârșit, trebuie analizate toate îndoielile, toate temerile și îngrijorările exprimate de către pacient și orice complicații medicale potențiale trebuie evaluate de către medicul său curant.

În ilustrarea noastră de caz, s-a construit următorul experiment comportamental. Jodie a fost de acord să participe miercuri dimineață, la ora 9, la cursul următor de chimie, la care participau 101 studenți. A fost rugată să vină cu cinci minute înainte de începerea cursului și să se așeze la cel puțin trei locuri distanță de culoarul dintre scaune, într-un rând de la mijloc. Ea a consimțit ca, după zece minute de la începerea prelegerii, să noteze tot ceea ce

considera a fi un indiciu al faptului că alți studenți se uitau exact la ea. După 15 minute de curs, va respira adânc de trei, patru ori și se va uita dacă cineva a observat ce face. După ce trec 20 de minute din curs, va încerca să-și scuture ușor trupul, asemeni unui frison, timp de câteva secunde și să urmărească dacă a observat-o cineva. Terapeutul și pacienta au exersat fiecare element al experimentului: cum să înregistreze reacțiile studenților și ce comportament poate fi considerat o privire directă, cum să respire adânc și cum să tremure ușor. Jodie a fost de acord că este „un exercițiu pe care îl putea face" și că ar fi un test care să lămurească în ce măsură este observată de către ceilalți la curs.

Etapa a patra. Formularea ipotezei

În rubrica 3 a Formularului pentru testarea empirică a ipotezei (Anexa 6.5), se poate nota o ipoteză care reflectă rezultatul prezis de către pacient pentru experimentul respectiv. Ipoteza va reflecta direct gândul sau convingerea anxioasă trecută la rubrica 1. Terapeutul poate întreba, „Bazându-te pe gândul tău anxios [aici indicați itemul #1], ce crezi că se va întâmpla când vei face exercițiul acesta? Care rezultat te-ar face să te simți cel mai anxios?" În cazul de față, Josie a scris pe formular ipoteza următoare „Tot ceea ce fac ieșit din comun în timpul cursului, dacă ajung cu puțin timp înainte de începerea prelegerii, dacă respir adânc sau doar tremur ușor, va atrage atenția asupra mea. Imediat ce observ că sunt privită, mă voi simți deosebit de anxioasă." Observați că ipoteza derivă direct din interpretarea anxioasă (adică „Dacă am emoții în timpul cursului, toată lumea va observa acest lucru și va crede că nu am ce să caut la universitate"), dar este o aplicație mai specifică a interpretării amenințării pentru experimentul în sine.

Etapa a cincea. Înregistrarea experimentului și a rezultatului acestuia

Pacienții trebuie să consemneze, de îndată ce au încheiat exercițiul, cum a decurs experimentul și care a fost rezultatul pe care l-au obținut. Se poate nota o scurtă descriere a celor petrecute și a rezultatului obținut în coloanele din centru și din dreapta în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei. Se întâmplă deseori ca pacienții să nu efectueze experimentul exact așa cum s-a stabilit, astfel că este important să se obțină o descriere fidelă a celor petrecute, pentru a se putea evalua succesul exercițiului. Oricum, rezultatul real relatat de către pacient este și mai important atunci când sunt urmărite efectele experimentului comportamental. Astfel, rezultatul notat în formular devine reperul central al terapiei atunci când se analizează tema de casă.

Etapa a șasea. Faza de consolidare

Succesul unui experiment comportamental depinde în mare parte de eficiența cu care analizează terapeutul rezultatul exercițiului în ședința următoare. Pornind de la informațiile înregistrate în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei, terapeutul folosește o combinație de ascultare

activă şi întrebări de verificare, pentru a stabili cum a fost implementat exerciţiul şi care este evaluarea pacientului privind rezultatul. Rouf şi colab. (2004) sugerează că se pot investiga mai multe aspecte, cum ar fi (1) gândurile şi sentimentele pacientului înaintea, în timpul şi după experiment; (2) orice modificări ale stării fizice; (3) dovezi dacă s-au folosit orice comportamente de siguranţă sau alte măsuri de auto-protecţie; (4) observaţii în legătură cu modul în care au reacţionat ceilalţi faţă de pacient; (5) caracteristici semnificative ale mediului; şi (6) rezultatul văzut în termenii unor modificări reperabile ale în gândurilor şi sentimentelor pacientului.

Când se discută experimentul, este foarte important să se evalueze rezultatul acestuia în lumina ipotezei formulate anterior sau a rezultatului prezis. A resimţit pacientul o anxietate atât de intensă pe cât se aştepta? Reacţia sa sau reacţiile celorlalţi au fost cele aşteptate? Rezultatul a fost mai bun sau mai slab decât cel preconizat? În ce măsură seamănă rezultatul real cu rezultatul prezis? Dacă a existat o discrepanţă între ele, ce indică aceasta în legătură cu relaţia dintre estimările ameninţării şi anxietate? Atunci când analizează rezultatul unui experiment comportamental, terapeutul îi atrage atenţia pacientului în legătură cu proprietăţile declanşatoare de anxietate ale interpretărilor exagerate ale ameninţării şi ale vulnerabilităţii şi cu efectele de diminuare a anxietăţii pe care le are perspectiva alternativă. Obiectivul este acela de a consolida conceptualizarea cognitivă a anxietăţii şi de a promova ideea că modificarea cognitivă este o componentă esenţială a reducerii anxietăţii.

Obiectivul general al fazei de consolidare este, prin urmare, acela de a se ajunge la importanţa sau semnificaţia personală pe care o are exerciţiul acesta pentru pacienţi. A oferit experimentul comportamental o demonstraţie convingătoare a conceptualizării cognitive a anxietăţii? Au învăţat pacienţii ceva nou despre gândirea lor sau despre modul lor de coping cu anxietatea, care ar putea ajuta la diminuarea acesteia? A evidenţiat exerciţiul modul în care estimările exagerate ale ameninţării şi ale vulnerabilităţii pot intensifica anxietatea subiectivă? Ce poate să reţină pacientul din experiment? Această formă de intervievare va asigura faptul că experimentul comportamental corespunde conceptualizării cognitive de caz dezvoltate pentru pacient. Ea va ajuta, de asemenea, la consolidarea progresului obţinut pe parcursul şedinţelor de terapie. De fapt, scopul principal al experimentelor comportamentale alese ca temă de casă este acela de a fixa sau de a consolida ceea ce a fost introdus în şedinţele de terapie, oferindu-i pacientului dovezi bazate pe experienţa proprie, relevante pentru sine. Această analiză critică a rezultatului experimentului şi a implicaţiilor sale le permite exerciţiilor de testare empirică a ipotezei să joace un rol important în procesul terapeutic.

Jodie a relatat în şedinţa următoare de terapie că a efectuat experimentul comportamental şi că a înregistrat descrierea experimentului şi a rezultatului său în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei. Ea a notat că a ajuns la curs la ora 8:55 şi s-a aşezat în rândul din mijloc. După zece minute şi-a observat cu atenţie colegii, iar după 15 minute de la începerea cursului a respirat adânc de patru ori şi a urmărit apariţia unor posibile reacţii. Oricum, după 20 de minute, nu a reuşit să-şi scuture trupul nici măcar

puțin, de teamă că cineva îi va observa comportamentul ciudat. La rubrica destinată rezultatului, a scris că doar unul sau doi studenți i-au aruncat o privire atunci când s-a așezat sau când a respirat adânc. Când terapeutul a continuat investigația, Jodie a spus că a fost surprinsă de faptul că niciunul dintre colegi nu i-a acordat prea mare atenție. A fost surprinsă și de faptul că, în timpul cursului, resimțise mai puțină anxietate decât de obicei. Terapeutul a subliniat discrepanța dintre rezultatul real („Studenții nu au fost atenți la ea nici chiar atunci când s-a purtat într-un mod care ar fi putut să le atragă atenția pentru un moment") și predicția lui Jodie („Dacă voi face ceva, de exemplu dacă respir altfel, le voi atrage atenția și acest lucru mă va face să mă simt foarte anxioasă"). Experimentul acesta a fost o demonstrație convingătoare a faptului că doar gândul că este privită de către ceilalți o face mai anxioasă decât privirile în sine ale celorlalți și că testarea gândurilor sale anxioase („oamenii mă privesc") față de dovezile reale („oamenii îmi acordă mult mai puțină atenție decât credeam") va conduce la o diminuare a senzațiilor sale de anxietate.

Etapa a șaptea. Sinteza rezultatelor și a implicațiilor

Ultima etapă a testării empirice a ipotezei constă în sintetizarea rezultatelor și în identificarea implicațiilor pe care acestea le au pentru dezvoltarea unei noi abordări a anxietății. Varianta finală a acestei sinteze poate fi notată în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei și oferită pacientului care o va folosi ca un element de referință în viitor. Pentru Jodie, experimentul din sala de curs a fost sintetizat în felul următor:

> „Oamenii au deseori gânduri exagerat de amenințătoare, cum ar fi «toți cei din clasă se uită la mine și se gândesc că este ceva în neregulă cu mine». De multe ori, gândurile acestea sunt biasate și chiar neadevărate, dar, cu toate acestea, ele produc o anxietate considerabilă. Atunci când testăm gândurile acestea și când realizăm că ele nu sunt adevărate, nivelul anxietății noastre scade în mod semnificativ. Prin urmare, în viitor, când te vei mai simți anxioasă, pune-ți întrebarea «Gândirea mea este corectă sau exagerez amenințarea ori pericolul în această situație?» Testeaz-o confruntând-o cu realitatea. Dacă sunt puține dovezi care să o susțină, caută o perspectivă alternativă în conformitate cu care poți să acționezi."

Instructiuni pentru clinician 6.14

Testarea empirică a ipotezei este unul dintre cele mai puternice instrumente clinice pentru modificarea gândurilor, a senzațiilor și a comportamentelor anxioase. Exercițiile sunt concepute pentru a testa exactitatea interpretărilor anxioase și pentru a sublinia viabilitatea explicațiilor alternative. Experimentele comportamentale eficace necesită o planificare atentă și specificații derivate din formularea cognitivă de caz. Discutarea rezultatului și a implicațiilor sale constituie o componentă importantă a acestei intervenții terapeutice.

STRATEGII COGNITIVE AFLATE ÎN CURS DE DEZVOLTARE: EXTINDEREA METODOLOGIEI CLINICE

Abordarea cognitivă a tulburărilor de anxietate este o psihoterapie aflată într-un proces de evoluție orientată către noile intervenții terapeutice derivate din cercetarea empirică şi din experiența clinică. În literatura clinică există patru proceduri cognitive noi care se pot dovedi utile în tratarea tulburărilor de anxietate. Spre deosebire de intervențiile cognitive standard despre care am discutat anterior, aceste intervenții noi se află încă în faza de dezvoltare şi sunt supuse încă investigării empirice. Până când vom şti mai mult în legătură cu eficacitatea lor şi cu contribuția pe care o pot avea în cadrul intervenției cognitive, ele trebuie folosite doar ca strategii terapeutice auxiliare în terapia cognitivă pentru anxietate.

Tehnica trainingului atențional

Wells (2000) a introdus tehnica antrenamentului atențional (TAA) ca procedură terapeutică menită să modifice caracterul stăruitor al procesării autoreferențiale. Gândul recurent, deosebit de persistent apare deseori în tulburările de anxietate sub forma îngrijorării, a obsesiilor sau a ruminațiilor anxioase. Menirea TAA este aceea de a-l învăța pe individul anxios cum să întrerupă acest proces repetitiv orientat către sine, care contribuie la menținerea stării anxioase. Wells (2000) sugerează că TAA ar putea fi eficace în diminuarea distresului emoțional (de exemplu, anxietatea), prin scăderea intensității concentrării asupra propriei persoane, prin întreruperea ruminației şi a îngrijorării, prin creşterea controlului asupra atenției şi prin consolidarea procesării metacognitive.

Potrivit lui Wells (2000), TAA cuprinde exerciții de atenție auditivă, prin care pacienții sunt învățați să răspundă în mod selectiv la zgomotele neutre, să-şi transfere rapid atenția de la un sunet la celălalt şi să-şi repartizeze atenția între sunete diferite. Întreaga procedură durează 10-15 minute din timpul alocat şedinței de terapie şi se efectuează când pacientul se află într-o stare neanxioasă. Întâi, li se explică pacienților scopul TAA. Ideea de bază este că TAA are ca obiectiv reducerea atenției concentrate asupra propriei persoane, întrucât se ştie că aceasta contribuie la intensificarea gândurilor şi a senzațiilor anxioase. Terapeutul poate să folosească demonstrații specifice care să ilustreze efectele negative pe care le are concentrarea atenției asupra propriei persoane (de exemplu, poate să-l roage pe pacient să se concentreze în mod intens asupra unui gând sau asupra unei imagini anxioase şi să observe modificările pe care le produce la nivelul dispoziției sale afective). După ce s-a asigurat că argumentele sale au fost acceptate, terapeutul va introduce o scală pentru estimarea atenției de sine, în care pacienții folosesc intervalul dintre -3 şi +3 pentru a indica măsura în care atenția lor este îndreptată în întregime asupra stimulilor externi (-3), până la (+3), cu care este cotată atenția îndreptată exclusiv asupra propriei persoane. Estimările acestea se administrează înainte şi după şedința în care este folosită TAA, pentru a vă asigura că exercițiul de

atenție direcționată a avut ca rezultat o diminuare a atenției orientate asupra propriei persoane.

În timpul procedurii TAA, terapeutul îl îndeamnă pe pacient să-şi concentreze atenția asupra unui punct de pe perete. Aşezat în spatele pacientului, terapeutul îi va cere pacientului să-i asculte vocea cu maximă atenție. Apoi, pacientul este rugat să fie atent la nişte bătăi uşoare ritmice ale terapeutului. Din nou, instrucțiunile sunt ca pacientul să-şi concentreze complet atenția, de data aceasta asupra sunetului ritmat şi să nu se lase distras de alte sunete. Apoi, pacientul este rugat să se concentreze asupra celui de-al treilea sunet din încăpere, de exemplu tic-tac-ul unui ceas. Procedura aceasta se repetă apoi cu trei sunete diferite într-un spațiu apropiat (adică în camera de alături) şi cu trei sunete îndepărtate (adică sunete de pe stradă).

După ce au exersat concentrarea asupra unor sunete diferite, pacienții vor fi rugați să-şi transfere rapid atenția, în funcție de sunetele pe care le numeşte terapeutul. Transferul acesta rapid al atenției este repetat timp de câteva minute. La sfârşit, pacienții sunt îndemnați să-şi extindă atenția, încercând să se concentreze simultan asupra tuturor sunetelor şi să numere sunetele pe care la aud în acelaşi timp. După încheierea procedurii, terapeutul obține feedback-ul pacientului. Se subliniază faptul că direcționarea intenționată a atenției este dificilă, dar exersând, ei se vor perfecționa. Pacienții vor primi ca temă de casă exerciții de TTA de câte 10-15 minute, pe care să le efectueze de două ori pe zi. Însă este important să ne asigurăm că pacienții nu vor folosi exerciții de TTA pentru a evita gândurile anxioase sau pentru a-şi controla simptomele anxioase (Wells, 2000).

O variantă a TTA, care este probabil mai potrivită pentru tulburările de anxietate, este re-concentrarea atențională situațională (RAS). În RAS, pacienții anxioşi sunt învățați să-şi deplaseze atenția de la un aspect intern asupra căruia se concentrează, spre informații externe care pot să infirme interpretarea legată de amenințare. Wells (2000) prezintă folosirea RAS împreună cu expunerea, în care un individ suferind de fobia socială este învățat cum să-şi deplaseze atenția spre informații externe într-o situație socială care să-i întrerupă atenția nesănătoasă limitată la propria persoană şi care este frecvent observată în anxietatea socială. De exemplu, atunci când un individ cu anxietate socială ajunge într-o situație socială şi devine exagerat de concentrat asupra propriei persoane (adică exagerat de conştient de sine) şi asupra faptului că se simte tot mai rău, acesta este îndrumat să-şi distragă atenția încercând să observe înfățişarea şi expresiile altor persoane aflate în situația respectivă. Observă dacă persoanele acestea se uită cu adevărat la tine (Wells, 2000). Deşi există deocamdată puține dovezi empirice ale eficacității TTA sau ale RAS, rezultatele obținute în urma unor studii cu un singur subiect sunt promițătoare (Papageorgiou şi Wells, 1998; Wells şi Papageorgiou, 1998b; Wells, White şi Carter, 1997).

Intervenția metacognitivă

Abilitatea de a monitoriza şi de a ne regla aparatul de procesare a informațiilor este o funcție executivă importantă pentru adaptarea umană şi pentru supraviețuire. Noi nu numai că evaluăm stimulii externi pe care îi primesc simțurile noastre, ci evaluăm şi propriile noastre gânduri şi convingeri. Flavell (1979) a denumit această capacitate de a ne evalua şi de a regla procesele de gândire metacogniție sau „gândire despre gândire". Metacogniția este un proces cognitiv dinamic, în cursul căruia evaluăm gândurile, imaginile şi impulsurile care pătrund în fluxul conştiinței, precum şi convingeri mai vechi sau cunoştințe despre cogniție şi despre controlul ei. Wells (2000) a definit metacogniția ca „orice cunoştințe sau orice proces cognitiv implicate în evaluarea, monitorizarea sau controlul cogniției" (p. 6).

O funcție importantă a proceselor metacognitive este aceea de a declanşa strategiile cognitive de control care pot conduce la intensificarea sau la modificarea monitorizării interne (adică a conştiinței - *conscious awareness*) spre sau dinspre un gând anume (Wells, 2000). Aşa cum am arătat în analiza din Capitolul 3, emoția are un efect deosebit de biasare asupra procesării informațiilor. Este posibil ca în stările anxioase să se activeze convingerile metacognitive despre amenințare, iar procesele de monitorizare internă să devină biasate în favoarea detectării şi a elaborării gândurilor legate de amenințare. Exemplele de convingeri metacognitive relevante pentru amenințare cuprind „Cu cât mă gândesc mai mult la situații anxioase, cu atât mai probabil este să se întâmple ceea ce mă îngrijorează", „Voi fi copleşit de anxietate dacă nu încetez să gândesc în felul acesta", „Dacă mă gândesc că o situație este periculoasă, ea este cu siguranță periculoasă." La rândul lor, aceste convingeri pot să conducă la strategii compensatorii de control, cum ar fi încercările de a reprima intenționat gândurile anxioase, ceea ce, în mod paradoxal, contribuie la creşterea intensității gândurilor nedorite şi la persistența stării emoționale negative (Wells, 2000, 2009; Wells şi Matthews, 2006).

Relevanța conceptualizării metacognitive este mai mare în cazul TOC şi al TAG, unde indivizii fac evaluări evidente ale gândurilor nedorite care le provoacă distres (adică obsesii, îngrijorare) şi fac încercări disperate de a controla intruziunile mentale (vezi D.A. Clark, 2004; Wells, 2000, 2009, pentru detalii). Dar oricum, convingerile metacognitive, evaluările şi strategiile de control sunt manifeste în majoritatea tulburărilor de anxietate, astfel că este important să se intervină la acest nivel în cadrul terapiei cognitive pentru anxietate. La nivel metacognitiv, există trei aspecte ale terapiei cognitive pe care trebuie să le avem în vedere.

Evaluarea metacognitivă

Ca un prim pas, este important să se identifice estimările metacognitive, convingerile şi strategiile de control primare care caracterizează starea anxioasă. După ce au fost identificate principalele gânduri anxioase automate, terapeutul poate investiga procesele metacognitive în felul următor:

- „Atunci când ai gândul acesta anxios (de exemplu, «O să ratez interviul acesta pentru angajare și nu voi găsi niciodată o slujbă decentă»), ce face ca acesta să fie un gând important sau amenințător pentru tine?"
- „Te îngrijorează anumite consecințe negative pe care le-ar putea avea astfel de gânduri?"
- „De ce crezi că ai mereu gândurile acestea?"
- „Este posibil să le controlezi? Dacă este așa, care strategii de control funcționează și care nu funcționează în cazul tău?"

Observați că aceste întrebări vizează modul în care individul estimează experiența de a avea gânduri anxioase. În acest exemplu, pacientul poate să indice că este îngrijorat că aceste gânduri anxioase dinaintea interviului l-ar putea face și mai anxios, crescând astfel probabilitatea de a avea o prestație nesatisfăcătoare. O convingere metacognitivă pregnantă poate fi „Faptul că te gândești că vei rata interviul face să crească probabilitatea de a nu obține angajarea" și „Este esențial să controlez aceste gânduri, pentru a obține un rezultat bun în urma interviului". După ce sunt identificate astfel de convingeri și estimări metacognitive, evaluarea trebuie să se concentreze asupra strategiilor de control mental, pe care le folosește individul pentru a-și distrage atenția de la gândurile anxioase.

Intervenția metacognitivă

După ce a identificat estimările metacognitive și convingerile esențiale care caracterizează starea anxioasă, terapeutul cognitivist poate să folosească strategii standard de restructurare cognitivă pentru a modifica acest fenomen cognitiv. Strategiile de tipul strângerii dovezilor, al analizei costuri-beneficii, al decatastrofării și al testării empirice a ipotezei pot fi folosite pentru modificarea proceselor metacognitive. Diferența nu constă în intervenții, ci mai degrabă în obiectivul vizat în procesul de modificare. În discuțiile noastre anterioare, aceste strategii cognitive erau folosite pentru a modifica în mod direct estimările exagerate ale amenințării și ale vulnerabilității care caracterizează stările anxioase. În discuția de față, sunt folosite aceleași strategii de intervenție pentru a modifica „gândirea despre gândire", cu alte cuvinte, estimările și convingerile referitoare la procesele gândirii.

De exemplu, un pacient anxios crede „Dacă mă gândesc mereu că voi avea un accident de automobil, mă tem că modul acesta de gândire îl va provoca" (adică fuziunea gând-acțiune). În cadrul intervenției cognitive, pacientul poate fi rugat să se gândească la dovezi ale faptului că accidentele rutiere sunt cauzate de gândurile anxioase. Se poate folosi raționamentul inductiv pentru a investiga modul în care un gând poate să conducă la o catastrofă fizică de genul unui accident grav de automobil. Se poate pregăti un exercițiu comportamental în care pacientul să observe efectele unor astfel de gânduri asupra comportamentului său sau al celorlalți conducători auto la volan. De asemenea, se poate întreprinde un sondaj printre prietenii, membrii familiei și asociații pacientului, în încercarea de a stabili câți dintre ei s-au gândit

că vor suferi un accident rutier grav şi apoi acesta s-a petrecut cu adevărat. Aceste intervenţii cognitive vor fi orientate către modificarea estimărilor metacognitive ale semnificaţiei asociate „premoniţiei accidentului", scopul fiind acela de a-l determina pe pacient „să înceapă să interpreteze astfel de gânduri într-o manieră pozitivă, cum ar fi „produsul gândirii unui conducător auto deosebit de precaut."

Controlul metacognitiv

O parte importantă a intervenţiei la nivelul metacognitiv este analizarea strategiilor reale de control al gândirii folosite în confruntarea cu cogniţiile nedorite. Este cunoscut faptul că anumite reacţii de control, cum ar fi reprimarea gândurilor nedorite, ruminaţia, reacţiile autocritice sau de autopedepsire, neutralizarea, căutarea asigurării şi oprirea fluxului gândurilor sunt în cel mai bun caz ineficace, iar în cel mai rău caz, contraproductive (pentru analiză, vezi D.A. Clark, 2004; Wells, 2000, 2009). Terapeutul cognitivist ar trebui să-şi orienteze intervenţia către fiecare reacţie ineficace de control a pacientului. Exerciţiile de restructurare cognitivă şi de testare empirică a ipotezei pot fi necesare pentru a evidenţia efectul nociv al reacţiilor care exercită atât de preţuitul control mental. În manieră pragmatică, se pot introduce abordări mai adaptative ale controlului mental, cum ar fi înlocuirea gândurilor, distragerea comportamentală, trainingul atenţional sau acceptarea pasivă a gândului (de exemplu, programul de concentrare a atenţiei), cu scopul de a identifica pentru pacient strategia de control mental cea mai eficace cu ajutorul căreia să poată face faţă gândurilor anxioase nedorite.

În momentul de faţă, nu există date empirice care să indice faptul că terapia cognitivă care încorporează o perspectivă metacognitivă este mai mult sau mai puţin eficace decât o terapie cognitivă standard concentrată exclusiv asupra gândurilor şi a convingerilor anxioase. După cum se va vedea într-unul dintre capitolele următoare, abordarea TCC a TOC este puternic orientată asupra nivelului metacognitiv şi mai multe experimente clinice i-au demonstrat eficacitatea pentru TOC. Experienţa clinică sugerează că dovezile care confirmă rolul pe care îl joacă estimările metacognitive, convingerile şi strategiile de control greşite în persistenţa tulburării de anxietate a pacientului ar solicita o concentrare mai mare asupra acestor procese pe parcursul terapiei.

Reprocesarea cu ajutorul imageriei şi scrierea expresivă

Deşi amintirile legate de experienţele traumatice din trecut sunt o trăsătură predominantă de diagnostic pentru TSPT (DSM-IV-TR, Asociaţia Americană de Psihiatrie APA, 2000), amintirea experienţelor care au generat stări de anxietate deosebit de intense poate juca un rol esenţial în persistenţa oricărei tulburări de anxietate. De fapt, imaginile vizuale ameninţătoare ale experienţelor din trecut sau posibilităţile anticipate din viitor sunt comune în toate tulburările de anxietate (Beck şi colab., 1985, 2005). Aceste fantasme anxioase sau amintiri sunt deseori o reprezentare biasată şi distorsionată a

realității care poate alimenta o stare anxioasă. De exemplu, în tulburarea de panică, un individ poate să-și imagineze o moarte teribilă prin sufocare, o persoană suferind de anxietate socială își poate aminti o experiență trecută când a încercat să vorbească unui grup de necunoscuți, cineva cu TOC poate să aibă amintirea vie că a atins ceva absolut dezgustător și că a avut senzația acută de contaminare, ori individul suferind de TAG își poate imagina viața în urma unui dezastru financiar. În fiecare dintre aceste cazuri, terapeutul trebuie să includă modificarea imageriei sau a amintirilor ca obiectiv terapeutic al tratamentului.

Modificarea amintirilor sau a imageriei anxioase începe prin a le solicita pacienților o descriere completă și detaliată a amintirii sau a fantasmei lor anxioase. Terapeutul trebuie să deceleze toate gândurile automate, convingerile și estimările relevante care compun interpretarea biasată a amenințării legate de amintire sau de evenimentul anticipat. Descrieri ale abordărilor care presupun retrăirea amintirilor traumatice în terapia cognitiv-comportamentală pentru TSPT sugerează mai multe metode pentru a lărgi expunerea pacienților la amintiri traumatice sau la imagini anxiogene și pentru a consolida abilitățile de coping cu niveluri ridicate de anxietate (de exemplu, Foa și Rothbaum, 1998; Ehlers și Clark, 2000; Shipherd, Street și Resick, 2006; Taylor, 2006). Evident, în cadrul expunerii, discuțiile îndelungate și întrebările explorative adresate de către terapeut trebuie să reprezinte primul pas. Apoi, pacienții sunt rugați să facă o relatare scrisă a amintirii traumatice sau a catastrofei imaginate (pentru detalii, vezi Capitolul 12 despre TSPT). Relatarea aceasta trebuie să fie cât se poate de amănunțită și poate fi folosită ca bază pentru expunerea repetată la amintirea traumatică (adică retrăirea experienței).

Sunt folosite strategii standard de restructurare cognitivă pentru modificarea estimărilor și a convingerilor eronate asociate catastrofei pe care pacientul și-o amintește sau și-o imaginează (Ehlers și Clark, 2000). Scopul este acela de a se ajunge la o perspectivă alternativă asupra amintirii sau asupra fantasmei anxioase care să fie mai adaptativă și care să dețină un potențial mai redus de a provoca anxietate. În plus, trebuie să se întreprindă eforturi pentru construirea unei amintiri mai echilibrate a experienței traumatice în sine, care să fie o aproximare mai apropiată de realitate. Și pentru indivizii care sunt tulburați de imaginile catastrofei anticipate se poate dezvolta un scenariu mai realist. Pacientul poate fi îndemnat să exerseze înlocuirea amintirii sau a fantasmei dezadaptative cu alternativa mai adaptativă. Se pot recomanda exerciții comportamentale care să consolideze amintirea sau fantasma alternativă și să estompeze amintirea traumatică sau imageria anxioasă. Datorită folosirii largi a restructurării și a construcției cognitive a unei perspective alternative, forma aceasta de intervenție bazată pe imagerie este descrisă mai bine ca „intervenție de reprocesare" (adică o reprocesare a amintirii sau a fantasmei anxioase) decât ca simpla expunere repetată la un stimul intern al fricii.

Contribuția reprocesării amintirii sau a imageriei la eficiența tratamentului cognitiv al tulburărilor de anxietate este necunoscută. Cercetările care s-au orientat cu precădere spre componentele active ale TCC pentru TSPT

indică faptul că expunerea prin imagini şi situaţională sunt esenţiale pentru eficacitatea tratamentului (vezi analiza lui Taylor, 2006). Mai mult decât atât, Pennebaker (1993) a constatat că gândurile şi discuţiile legate de evenimentul traumatic care au loc imediat după ce acesta s-a petrecut reprezintă o fază importantă în adaptarea naturală la evenimentele traumatice. Mai recent, Pennbaker şi colegii săi au demonstrat că o intervenţie relativ scurtă, în care indivizii scriu despre gândurile şi despre sentimentele lor cele mai profunde în legătură cu o încercare de natură emoţională, produce beneficii emoţionale, comportamentale şi este benefică pentru sănătate, reducând în acelaşi timp simptomele depresive ale indivizilor care au tendinţa de a-şi reprima gândurile (de exemplu, Gortner, Rude şi Pennebaker, 2006; vezi Pennebaker, 1997; Smyth, 1998). Prin urmare, aceste rezultate sugerează că modificarea amintirilor extrem de stresante legate de experienţe din trecut sau a fantasmelor despre catastrofe viitoare reprezintă o ţintă importantă pentru intervenţia cognitivă, atunci când fenomenele acestea joacă un rol esenţial în menţinerea stării de anxietate a individului.

Focalizarea atenţiei în mod intenţionat, acceptare şi angajament

Segal, Williams şi Teasdale (2002) descriu o intervenţie de grup, care s-a desfăşurat în opt şedinţe, pentru indivizi care îşi reveniseră după o depresie majoră; scopul intervenţiei a fost acela de a reduce recidivele depresive prin training în metode de focalizare a atenţiei care să-i ajute pe indivizi să-şi „descentreze" atenţia de la gândirea negativă. Denumită terapie cognitivă bazată pe focalizarea atenţiei (TCFA), scopul ei este acela de a-i învăţa pe indivizi o nouă modalitate de a conştientiza şi de a se raporta la propriile gânduri negative. În loc să se lase angrenaţi în cogniţiile negative în manieră evaluativă, indivizii sunt învăţaţi să-şi deplaseze atenţia de la propriile gânduri, sentimente şi senzaţii fizice. Cu alte cuvinte, gândurile negative vor fi observate şi descrise, dar nu vor fi evaluate (Segal, Teasdale şi Williams, 2005). Participanţii la intervenţia de grup sunt rugaţi să se concentreze asupra experienţei momentului prezent, fără a se angaja în niciun fel de evaluare. Şedinţele de grup de două ore, desfăşurate pe parcursul a opt săptămâni, îi îndrumă pe pacienţi în efectuarea acestor exerciţii care sporesc conştientizarea constantă a senzaţiilor fizice, a gândurilor şi a sentimentelor, neînsoţită de evaluarea lor. Temele de casă zilnice, care propun exerciţii bazate pe programul de concentrare a atenţiei, sunt o componentă esenţială a tratamentului. Metodele de concentrare a atenţiei se justifică prin faptul că o abordare obiectivă, care nu mai este centrată asupra propriei persoane va contrabalansa patternurile automate de procesare cognitiv-afectivă care pot conduce la recidivă în depresie (Segal şi colab., 2005).

Cu toate că experimentele clinice efectuate în scopul stabilirii eficacităţii TCFA (terapia cognitivă bazată pe focalizarea atenţiei) se află în stadiu incipient, există dovezi ale faptului că intervenţia poate reduce rata recidivei în depresie la persoanele care au suferit trei sau mai multe episoade de depresie majoră, prin comparaţie cu tratamentul administrat în mod

obişnuit (Ma şi Teasdale, 2004; Teasdale şi colab., 2000). Mai mult decât atât, MCBT a fost cea mai eficace în prevenirea recidivei/ recurenței episoadelor care nu erau legate de experiențe de viață negative. Cum MCBT este o adaptare a meditației pentru concentrarea atenției a lui Jon Kabat-Zinn, larg folosită la Universitatea Massachusetts, pentru diminuarea stresului, a durerii şi a anxietății, importanța sa pentru tratamentul tulburărilor de anxietate este evidentă (vezi Germer, 2005; Kabat-Zinn, 1990, 2005; Kabat-Zinn şi colab., 1992). Într-un studiu pilot, 14 pacienți suferind de tulburarea de panică şi opt pacienți suferind de TAG au urmat un program pentru reducerea stresului şi pentru relaxare de 8 săptămâni, bazat pe meditație (Kabat-Zinn şi colab., 1992). Douăzeci de pacienți au obținut reduceri semnificative ale scorurilor pe scalele pentru anxietate BAI şi Hamilton după tratament şi o reducere importantă a atacurilor de panică. Deşi rezultatele acestea preliminare sunt încurajatoare, este nevoie de experimente clinice complete aleatorii, efectuate în mediu controlat, înainte de a cunoaşte toate implicațiile pe care le au intervențiile bazate pe focalizarea atenției în combaterea cognițiilor anxioase şi în reducerea stărilor de anxietate

Terapia acceptării şi a angajamentului (TAA) introdusă de Dr. Steven Hayes este o perspectivă psihoterapeutică legată de behaviorismul radical post-Skinnerian, care se concentrează cu precădere asupra contextului şi a funcționării fenomenelor psihologice (adică cogniție) şi mai puțin asupra formei şi a conținutului său (Hayes, 2004). ACT se bazează pe filosofia contextualismului funcțional, în care funcția fenomenului (de exemplu, un gând îngrijorător) este înțeleasă în termenii interacțiunii întregului organism în cadrul unui context istoric şi situațional (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl şi Wilson, 1999). Obiectivul contextualismului funcțional este acela de a prezice şi de a influența evenimentele care conduc la flexibilitate psihologică, adică abilitatea de a modifica sau de a păstra comportamente funcționale care servesc unor scopuri profitabile (Hayes, 2004). Iată o scurtă descriere a celor şase procese terapeutice principale în ACT (pentru detalii, vezi Hayes, Follette şi Linehan, 2004; Hayes şi Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl, Buting, Twohig şi Wilson, 2004; Hayes şi colab., 1999).

- *Acceptarea* - o deschidere pentru gândurile şi pentru sentimentele resimțite cu o luciditate lipsită de tendința de ale evalua; a privi gândurile şi sentimentele aşa cum sunt, nu ca pe nişte evenimente care trebuie controlate sau schimbate. Pacienții învață cu ajutorul a numeroase exerciții experiențiale şi de concentrare a atenției să accepte la nivel psihologic chiar şi cele mai intense gânduri, sentimente sau senzații fizice.

- *Difuziunea cognitivă* - se referă la procesul de obiectivare a gândurilor, astfel încât gândurile sunt văzute ca simple gânduri nemaifiind ataşate de sine sau de experiențele personale. Se pot folosi numeroase tehnici pentru a-i ajuta pe pacienți să se detaşeze de sensul literal al gândurilor, cum ar fi a-i îndemna pe pacienți să verbalizeze în mod repetat un gând dificil până când acesta ajunge să fie doar auzit, fără a i se atribui sens sau fără a fi evaluat; pacienții se mai pot detaşa

privind gândurile ca pe obiecte exterioare, lipsite de implicații și de scop (Luoma şi Hayes, 2003).

- *Sinele ca un context* - TAA are ca obiectiv ajutarea pacienților în demersul lor de a se detaşa de un sine conceptualizat în mod nesănătos şi de a îmbrățişa un sentiment transcendent al sinelui printr-o varietate de exerciții experiențiale de concentrare a atenției/ meditație şi metafore (Hayes, Follette şi colab., 2004).
- *A fi prezent* - aceasta se referă la promovarea unei conştientizări (ori contact cu momentul prezent) active, deschise, eficace, non-evaluative, mai degrabă decât fuziunea şi evitarea care interferează cu „a fi prezent în momentul respectiv".
- *Valori* - pacienții sunt încurajați să selecteze şi să-şi clarifice valorile fundamentale de viață, care pot fi descrise drept „calități dorite ale acțiunilor semnificative" (Hayes, Follette, şi colab., 2004). De exemplu, pacienții pot fi întrebați ce epitaf le-ar plăcea să fie scris pe mormântul lor.
- *Acțiune angajată* - aceasta presupune alegerea unor obiective specifice şi apoi asumarea responsabilității pentru modificările comportamentale; de asemenea, presupune adaptarea la acele patternuri comportamentale care îi vor conduce spre obiectivele dorite şi menținerea lor. Pentru realizarea acțiunii susținute pot fi folosite diverse strategii de intervenție cum ar fi psihoeducația, rezolvarea problemelor, teme de casă cu conținut comportamental, trainingul abilităților şi expunerea (Hayes, Follette şi colab., 2004).

Există deosebiri fundamentale între TAA şi terapia cognitivă din punctul de vedere al perspectivei lor asupra *cogniției*. În terapia cognitivă, termenul *cogniție* se referă la un proces de gândire, în vreme ce TAA o consideră un comportament personal şi, prin urmare, se concentrează mai mult asupra modificării funcției decât a conținutului său (Hofmann şi Asmundson, 2008). Mai mult decât atât, Hofmann şi Asmundson (2008) notează că aceste două abordări se deosebesc în ceea ce priveşte strategia lor de reglare a emoțiilor; terapia cognitivă pune accentul pe modificarea antecedentelor emoției, iar ACT se concentrează asupra evitării experiențiale sau asupra aspectului legat de răspuns în reglarea emoției. Aceasta conduce la deosebiri fundamentale în cadrul abordării terapeutice, ACT folosind programul de concentrare a atenției şi alte strategii pentru a-l obişnui pe pacient cu o perspectivă nonevaluativă, lipsită de prejudecăți față de gândurile negative, care încurajează acceptarea lor şi integrarea lor într-o mare varietate de acțiuni (Luoma şi Hayes, 2003). Terapia cognitivă pune accentul pe evaluarea şi pe corectarea conținutului gândurilor negative prin strategii de intervenție cognitivă şi comportamentală.

Conform ACT, problema principală în tulburările de anxietate este evitarea experiențială, adică refuzul de a resimți anxietatea, inclusiv gândurile, sentimentele, comportamentele şi senzațiile fizice care o însoțesc (Orsillo, Roemer, Lerner şi Tull, 2004). Drept rezultat, indivizii anxioşi se luptă cu propria anxietate, bazându-se pe strategii de control interne şi

externe ineficiente, precum şi pe fugă şi evitare în încercarea de a diminua anxietatea. Scopul ACT este acela de a reduce evitarea experienţială care împiedică atingerea obiectivelor preţuite, învăţându-l pe individul anxios acceptarea experienţială definită ca „o disponibilitate de a trăi evenimente interne cum ar fi gânduri, sentimente, amintiri şi reacţii psihologice, pentru a participa la experienţe care sunt socotite importante şi semnificative (Orsillo şi colab., 2004, p. 76).

Orsillo şi colegii săi descriu o intervenţie individuală de ACT/ focalizare a atenţiei desfăşurată în 16 şedinţe pentru TAG, care promovează acceptarea experienţială a anxietăţii cu ajutorul trainingului în programul de concentrarea a atenţiei, cu ajutorul trainingului în acceptare, în difuziunea cognitivă, în meditaţie, relaxare şi în automonitorizare. În plus, se insistă asupra identificării valorilor de viaţă care nu au putut fi atinse din cauza evitării experienţiale, precum şi asupra angajării în modificări comportamentale care vizează activităţile apreciate, astfel încât individul să aibă un comportament intenţional şi nu reactiv. Într-un experiment deschis, Roemer şi Orsillo (2007) au raportat că ACT a condus la reduceri semnificative ale măsurătorilor GAD pentru severitate, îngrijorare, anxietate generală şi simptome ale stresului care s-au menţinut şi la consultul efectuat după 3 luni. Twohig, Hayes şi Masuda (2006) au folosit un proiect de cercetare transversală cu opt şedinţe săptămânale de câte o oră de ACT, pentru a demonstra eficacitatea tratamentului pentru patru indivizi suferind de TOC. Cu toate acestea, o metaanaliză recentă a diverselor terapii aparţinând „celui de-al treilea val", inclusiv ACT, a constatat că dimensiunile medii ale efectelor lor erau doar moderate, studiile rezultatelor nu aveau rigoarea metodologică întâlnită în TCC, astfel că nu au întrunit criteriile pentru tratamentele susţinute empiric (Öst, 2008). Poate că trainingul mai susţinut al persoanei anxioase pentru adoptarea unei acceptări binevoitoare, non-evaluative şi a unei perspective detaşate asupra gândirii anxioase are o utilitate clinică în tratamentul tulburărilor de anxietate, dar concluzia aceasta trebuie să mai aştepte rezultatele unei cercetări mai riguroase a rezultatului tratamentului.

Instructiuni pentru clinician 6.15

Trainingul atenţional poate fi folosit pentru întreruperea atenţiei exagerate asupra propriei persoane, iar strategiile de restructurare cognitivă pot fi redirecţionate către modificarea proceselor metacognitive eronate şi a strategiilor de control al gândirii. Reprocesarea cu ajutorul imaginilor şi scrierea expresivă pot fi de ajutor pentru modificarea amintirilor legate de experienţele traumatice din trecut sau a catastrofelor imaginare viitoare, în vreme ce programul de concentrare a atenţiei şi difuziunea cognitivă derivate din ACT pot fi folosite pentru a-i învăţa pe pacienţi o abordare mai detaşată, nonevaluativă a cogniţiilor anxioase. Deşi sunt promiţătoare, aceste metode nu au fundamentarea clinică şi baza empirică puternică a intervenţiilor cognitive standard pentru anxietate.

REZUMAT ŞI CONCLUZII

Modificarea estimărilor exagerate ale ameninţării şi ale vulnerabilităţii, precum şi a comportamentului orientat către siguranţă, constituie obiectivul primordial al terapiei cognitive pentru tulburările de anxietate. Capitolul acesta a prezentat principalele strategii cognitive care cuprind protocolul de tratament dezvoltat pentru fiecare tulburare de anxietate specifică. Aceste strategii sunt în perfectă concordanţă cu modelul cognitiv al anxietăţii (vezi Figura 2.1) şi ele sunt ţintite asupra cogniţiilor aberante identificate în formularea de caz.

Obiectivul oricărei intervenţii cognitive este acela de a dezactiva schemele cognitive deosebit de puternice ale ameninţării şi de a activa mai puternic convingerile mai adaptative şi mai realiste, referitoare la ameninţare şi la abilitatea percepută de coping cu îngrijorările anxioase a individului. Acest lucru se realizează deplasând atenţia pacientului de la conţinutul ameninţării către estimările şi convingerile eronate care constituie baza stării sale anxioase. Estimările exagerate ale probabilităţii şi ale gravităţii ameninţării sunt şi ele o ţintă a intervenţiei, la fel cu evaluările exagerate ale vulnerabilităţii personale şi ale nevoii de a căuta siguranţa. Intervenţiile cognitive încearcă, de asemenea, să crească autoeficacitatea individului în confruntarea sa cu anxietatea, prin normalizarea reacţiei de frică şi prin încurajarea unei perspective mai adaptative asupra echilibrului dintre risc şi siguranţă.

Am oferit o descriere amănunţită a modului de implementare a principalelor strategii cognitive care definesc această metodă de tratament al anxietăţii. Familiarizarea pacientului cu modelul cognitiv al anxietăţii este un prim pas important în stabilirea colaborării terapeutice şi a complianţei la tratament. Deşi este esenţială pentru succesul terapiei cognitive, dobândirea abilităţilor de automonitorizare pentru a identifica gândurile automate şi estimările anxioase se poate dovedi extrem de dificilă, având în vedere starea emoţională intensă şi specificitatea situaţională a anxietăţii. Dar, după ce s-a ajuns la conştientizarea existenţei estimărilor exagerate ale ameninţării, strategiile de restructurare cognitivă, cum ar fi strângerea dovezilor, analiza costuri-beneficii şi decatastrofarea pot fi folosite pentru modificarea schemelor cognitive anxioase.

Învăţarea individului anxios să devină mult mai conştient de erorile cognitive şi de raţionamentele inductive greşite în perioadele de anxietate intensă ajută la formarea unei atitudini mai critice faţă de stilul anxios de gândire al acestuia. Formularea perspectivelor alternative asupra situaţiilor şi a îngrijorărilor anxioase, aceste perspective fiind o aproximare mai apropiată de realitate, oferă posibilitatea de a contracara ameninţarea şi vulnerabilitatea exagerate care caracterizează anxietatea. Cu toate acestea, cel mai puternic instrument al terapeutului cognitivist este experimentul comportamental sau exerciţiul pentru testarea empirică a ipotezei. Exerciţiile comportamentale le oferă pacienţilor date experienţiale care contrazic schemele ameninţării şi ale vulnerabilităţii şi care sprijină o perspectivă adaptativă alternativă. În Anexa 6.6 există un Rezumat pentru consultare rapidă, pentru a-i aminti clinicianului diversele strategii cognitive disponibile pentru intervenţia terapeutică.

ANEXA 6.1

Listă selectivă cu manualele pentru autoeducație pe care le puteți recomanda pacienților aflați în faza de familiarizare cu modelul cognitiv și cu tratamentul anxietății

1. Abramowitz, J. S. (2009). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life.* New York: Guilford Press.
2. Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2004). *10 simple solutions to panic: How to overcome panicattacks, calm physical symptoms and reclaim your life.* Oakland, CA: New Harbinger.
3. Antony, M. M., & Norton, P. J. (2008). *The anti-anxiety workbook: Proven strategies to overcome worry, phobias, panic and obsessions. New York*: Guilford Press.
4. Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000b). *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears.* Oakland, CA: New Harbinger.
5. Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Workbook* (4th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
6. Butler, G., & Hope, T. (2007). *Managing your mind: The mental fitness guide.* Oxford, UK: Oxford University Press.
7. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Defeat fear and anxiety: A cognitive therapy workbook*. Manuscript in preparation. Department of Psychology, University of New Brunswick, Canada.
8. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
9. Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: Acognitive-behavioral therapy approach. Client workbook.* Oxford, UK: Oxford University Press.
10. Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach.* Oxford, UK: Oxford University Press.
11. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Bantam Dell.
12. Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you.* New York: Harmony Books.
13. Leahy, R. L. (2009). *Anxiety free: Unravel your fears before they unravel you.* Carlsbad, CA:Hay House.
14. Purdon, C., & Clark, D. A. (2005). *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD.* Oakland, CA: New Harbinger.
15. Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques.* New York: Guilford Press.

ANEXA 6.2

Testarea evaluărilor de tip anxios: căutarea dovezilor

Numele: ____ Data: ______________

1. Formulaţi pe scurt gândul sau evaluarea de tip anxios: ____________________
2. Precizaţi care estimaţi că este probabilitatea acestui rezultat, atunci când resimţiţi cea mai mare anxietate; între 0% (nu se va întâmpla) şi 100% (sigur se va întâmpla):__________%
3. Precizaţi cât estimaţi că va fi de grav rezultatul, atunci când vă simţiţi anxios; între 0 (nu va fi grav) şi 100 (o catastrofă): __________%

Dovezi care susţin gândul sau evaluarea de tip anxios	*Dovezi care infirmă gândul sau evaluarea de tip anxios*
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

*Folosiţi pagini suplimentare pentru a nota dovezile pro şi contra.

4. Precizaţi cât de probabil vi se pare rezultatul acum, după ce aţi studiat dovezile; între 0% (nu se va întâmpla) şi 100% (sigur se va întâmpla): ______________________%
5. Precizaţi cât de grav vi se pare rezultatul acum, după ce aţi studiat dovezile; între 0 (nu va fi grav) şi 100 (o catastrofă): __________%

ANEXA 6.3

Formular de analiză costuri-beneficii

Numele: ______________________________ Data: __________

1. Formulați pe scurt gândul, convingerea sau evaluarea de tip anxios: __________

____

Avantaje imediate și pe termen lung	Dezavantaje imediate și pe termen lung
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

****Incercuiți costurile și beneficiile care sunt cele mai importante pentru dumneavoastră.***

2. Formulați pe scurt o perspectivă alternativă: __________

____

Avantaje imediate și pe termen lung	Dezavantaje imediate și pe termen lung
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

****Incercuiți costurile și beneficiile care sunt cele mai importante pentru dumneavoastră.***

ANEXA 6.4

Formular pentru interpretări alternative

Numele: ______________________________ Data: ______________

1. Formulaţi pe scurt rezultatul cel mai temut (scenariul cel mai sumbru) asociat anxietăţii dumneavoastră: ______________________________

____

2. Formulaţi pe scurt rezultatul cel mai dorit (scenariul cel mai fericit) asociat anxietăţii dumneavoastră: ______________________________

____

3. Formulaţi pe scurt rezultatul cel mai realist (probabil) asociat anxietăţii dumneavoastră: ______________________________

____

Dovezi care susţin rezultatul temut (perspectiva catastrofică)	Dovezi care susţin rezultatul cel mai dorit (obiectivul cel mai dorit)	Dovezi care susţin rezultatul cel mai probabil (perspectiva alternativă)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

ANEXA 6.5

Formular pentru testarea empirică a ipotezei

Numele: ______________________________ Data: ____________

1. Formulaţi interpretarea ameninţării asociată anxietăţii dumneavoastră: ______________________________

____

2. Formulaţi interpretarea alternativă propusă în cadrul terapiei: ______________________________

____

3. Formulaţi ipoteza (rezultatul prezis) pentru acest exerciţiu: ______________________________

____

Descrierea exerciţiului	Notaţi cum a fost administrat exerciţiul	Descrieţi rezultatul exerciţiului

ANEXA 6.6

Rezumat de consultare rapidă a Capitolului 6: Intervenţii cognitive

I. Faza de educaţie a pacientului (şedinţele 1-2)
Definiţi anxietatea şi frica; natura adaptativă a fricii; baza cognitivă a anxietăţii (fişa cu Fig. 6.1.) şi folosiţi exemple ale pacientului extrase din evaluare; consecinţele negative ale anxietăţii; rolul evitării şi al căutării siguranţei (folosiţi exemplele pacientului); stabiliţi obiectivele de tratament şi justificarea TC (de a opri, dezactiva „programul anxietăţii").

II. Identificarea primelor gânduri aprehensive (şedinţele 2-3)

1. Revedeţi „Formularul pentru analiza situaţională" completat de către pacient (Anexa 5.2); sondaţi primul gând anxios automat care apare imediat. Dacă este nevoie, folosiţi pentru ilustrare „Merg singur şi aud un zgomot".
2. Subliniaţi caracterul exagerat al evaluării probabilităţii şi a gravităţii în gândirea anxioasă primară.
3. Repartizaţi ca temă de casă „Formularul de automonitorizare a gândurilor aprehensive" (Anexa 5.4).
4. Evidenţiaţi importanţa temei de casă (vezi explicaţiile din Capitolul 6) şi beneficiile terapeutice pe care le reprezintă înţelegerea propriei anxietăţi.

III. Intervenţii cognitive standard (din şedinţa a treia până la sfârşitul terapiei)

1. **Strângerea dovezilor** – folosiţi întâi în şedinţa de terapie formularul „Testarea evaluărilor de tip anxios: Căutarea dovezilor" (Anexa 6.2); folosiţi un episod anxios pe care l-a trăit pacientul în săptămâna anterioară sau un episod din „Formularul pentru analiza situaţională". Repartizaţi „Formularul de testare a evaluărilor de tip anxios" ca temă de casă.
2. **Analiza costuri-beneficii** – folosiţi întâi „Formularul de evaluare a costurilor şi a beneficiilor" (Anexa 6.3) în timpul şedinţei de terapie; notaţi întâi avantajele/dezavantajele „perspectivei ameninţătoare" şi apoi repetaţi acest lucru pentru „perspectiva alternativă".
3. **Decatastrofarea** – investigaţi împreună cu pacientul care este rezultatul cel mai grav pe care şi-l imaginează; parcurgeţi faza pregătirii, a descrierii catastrofei şi a rezolvării problemei; rugaţi-l pe pacient să-şi imagineze rezultatul cel mai grav posibil sau să-i facă o descriere în scris.
4. **Identificarea erorilor de gândire** – oferiţi-i pacientului o fişă de lucru cu „Erori şi biasări frecvente în anxietate" (Anexa 5.6) şi treceţi în revistă exemple recente de gândire anxioasă pentru a identifica unele erori posibile; repartizaţi „Identificarea erorilor gândirii de tip anxios" ca temă de casă.
5. **Generarea explicaţiei alternative** – întâi, încercaţi să generaţi o judecată alternativă legată de un episod anxios recent; folosiţi „Formularul pentru interpretările alternative" (Anexa 6.4); căutaţi dovezi care susţin ideea rezultatului cel mai grav, apoi, pentru cea a rezultatului cel mai dorit şi, la urmă, pentru rezultatul cel mai realist. Repartizaţi formularul ca temă de casă, dacă este evidenţiată încă o grijă de tip anxios.
6. **Testarea empirică a ipotezei (temă de casă)** – oferiţi argumente; formularea specifică a evaluării ameninţării şi a alternativei sale; planificaţi experimentul (scrieţi instrucţiunile); pacientul foloseşte „Formularul pentru testarea empirică a ipotezei" (Anexa 6.5), pentru a relata experimentul real; (notaţi interpretarea ameninţării,alternativa şi rezultatul aşteptat, atunci când începeţi experimentul); investigaţi care sunt rezultatele experimentului în şedinţele următoare (faza consolidării); scrieţi un rezumat care să conţină concluziile despre experiment pentru pacient.

IV. Intervenții cognitive alternative (în ședințele ulterioare de terapie)

1. **Tehnica pentru antrenarea atenției** (ATT) – contracarează atenția focalizată asupra propriei persoane, ruminația și îngrijorarea; antrenați atenția pentru concentrarea asupra a trei sunete neutre în birou, apoi asupra a trei sunete din afara biroului și, apoi, asupra a trei sunete îndepărtate, folosiți scala de evaluare ATT pentru fiecare; terapeutul indică sunete diferite pentru a exersa cu pacientul alternarea atenției; tema de casă va cuprinde reprize de 10-15 minute de exersare a tehnicii pentru antrenarea atenției de două ori pe zi.
2. **Intervenția metacognitivă** – evaluați dacă pacientul s-a angajat în estimări și în convingeri despre propriile gânduri; folosiți intervenții cognitive standard pentru a modifica estimările și convingerile metacognitive; încurajați încetarea oricăror strategii contraproductive de control al gândurilor; lăsați gândirea anxioasă să „se estompeze în mod natural."
3. **Reprocesarea în imaginar și scrierea expresivă** – îndemnați-l pe pacient să compună un text scris sau o reprezentare vizuală despre imagini sau despre amintiri traumatice sau stresante; dezvoltați o versiune alternativă mai adaptativă și expuneți-o în mod repetat; îndemnați-l pe pacient să facă o descriere detaliată în scris a gândurilor și a sentimentelor asociate amintirilor sau imaginilor stresante din trecut, sub forma scrierii expresive.
4. **Programul de focalizare a atenției și acceptarea** – folosiți exercițiile de automonitorizare și de focalizare a atenției, pentru a-i deprinde pe pacienți cu acceptarea bazată pe observarea și pe percepția concretă lipsite de prejudecăți privind gândurile, sentimentele și senzațiile fizice anxiogene, pentru a reduce evitarea experiențială a anxietății.

CAPITOLUL 7

INTERVENȚII COMPORTAMENTALE
O PERSPECTIVĂ COGNITIVĂ

Curajul este rezistența în fața fricii, stăpânirea fricii – nu absența fricii.

– *MARK TWAIN*
(Scriitor şi umorist american din secolul al XIX-lea, 1835-1910)

Maria suferea de fobie socială generalizată gravă, debilitantă încă de la vârsta de 13 ani. După 18 ani,timp în care a urmat diverse tratamente medicamentoase care au avut rezultate nesatisfăcătoare,după perioade de spitalizare şi după ce a început mai multe module de psihoterapie cu diferiți specialişti, tulburarea de anxietate a Mariei s-a agravat atât de mult, încât tânăra a devenit complet izolată în locuință, incapabilă să muncească sau să socializeze. Deşi existau dovezi ale comorbidității unei tulburări bipolare în trecut, anxietatea socială a constituit diagnosticul primar în momentul evaluării pacientei. Ea nu întrunea criteriile de diagnostic pentru manie sau depresie curentă, astfel că intervenția s-a concentrat asupra simptomelor anxietății sociale şi asupra atacurilor de panică asociate.

Maria se temea foarte mult de evaluarea negativă a celorlalți, mai ales a persoanelor apropiate. Era îngrijorată că aceştia o privesc şi ajung la concluzia că este „un nimeni", din cauza înfățişării sale neatrăgătoare sau pentru că realizase atât de puține lucruri în viață. A devenit preocupată de înfățişarea şi de ținuta sa, se temea că lumea va considera că poartă „o haină oribilă" şi că, prin urmare, nu este în stare să se îngrijească. A dezvoltat o frică intensă că se va întâlni cu persoane care o cunosc demult care şi-ar putea aminti de comportamentul său nepotrivit din timpul episoadelor maniacale, iar acest lucru îi va determina să o judece cu severitate. Când se afla în spații publice, Maria suferea deseori atacuri de panică, iar acestea se manifestau prin dureri toracice, amorțeală, senzație de sufocare, amețeli şi palpitații.

În încercarea sa de a diminua starea de anxietate ridicată, Maria a dezvoltat anumite strategii comportamentale de coping. Ea evita întrunirile

de orice fel şi majoritatea locurilor publice, rămânând practic legată de casă. Petrecea ore întregi dimineața, pregătindu-se să arate „perfect",și își verifica în mod compulsiv imaginea în oglindă sau căuta asigurări din partea membrilor familiei că arată bine şi că are o ținută ordonată. Era convinsă că, dacă va arăta perfect, oamenii vor crede că este competentă,iar lucrul acesta îi va inspira încredere în sine şi o va ajuta să devină mai puțin anxioasă.

Atunci când începea să perceapă senzația de panică în preajma celorlalți, Maria apela la o formă exagerată de control al respirației, care era atât de extremă, încât ceilalți observau imediat acest pattern neobişnuit pentru controlul respirației care semăna mai degrabă cu hiperventilația. De asemenea, ea era atât de concentrată asupra propriei anxietăți, încât îi era greu să întrețină o conversație. După evenimentul respectiv, începea o procesare îndelungată, pe parcursul căreia petrecea mult timp ruminând în legătură cu performanța ei în situația socială. De fapt, ea făcea impresie proastă când trebuia să întrețină relații sociale, din cauza anxietății sale ridicate, din cauza panicii şi a îngrijorării. Lupta aceasta pe care o ducea zilnic cu anxietatea şi cu incompetența socială resimțită o făcea pe Maria să se simtă lipsită de speranță, pesimistă, fără niciun strop de încredere în sine sau de stimă de sine.

Cazul acesta oferă o ilustrare relevantă a importanței modificării comportamentului în ameliorarea tulburărilor de anxietate. Evitarea, verificarea compulsivă, căutarea asigurării, hiperventilația şi abilitățile sociale deficitare erau doar câteva dintre reacțiile comportamentale dezadaptative care au contribuit de fapt la persistența anxietății sociale a Mariei. Din formularea de caz, a fost clar că o intervenție cognitivă eficace trebuia să se concentreze asupra modificării comportamentului. Expunerea gradată, experimentul comportamental şi trainingul abilităților sociale cu ajutorul feedback-ului înregistrat video şi al jocurilor de rol urmau să fie principalele ingrediente terapeutice ale planului de tratament.

În capitolul acesta, vom vorbi despre rolul intervențiilor comportamentale în terapia cognitivă pentru tulburările de anxietate. Începem printr-o analiză a importanței strategiilor comportamentale în terapia cognitivă a anxietății şi a modului în care sunt restructurate aceste intervenții, pentru a facilita modificarea gândurilor şi a convingerilor anxioase. Apoi ne vom îndrepta atenția asupra expunerii, cea mai eficace intervenție pentru modificarea terapeutică, pe care o considerăm utilă în toate tulburările de anxietate. Indicațiile generale şi procedurile pentru implementarea tratamentului bazat pe expunere au în vedere cele trei direcții principale de interes: situații, imagerie şi senzațiile fizice. Ne vom referi apoi la importanța pe care o reprezintă prevenirea răspunsului în contextul încercării de a elimina tendința dezadaptativă de a căuta siguranța şi alte reacții ineficiente de coping. Relaxarea şi exercițiile de respirație vor fi prezentate ca elemente suplimentare posibile în terapia cognitivă a anxietății.

IMPORTANȚA INTERVENȚIEI COMPORTAMENTALE

Având în vedere importanța reacțiilor de fugă și de evitare în majoritatea formelor de anxietate patologică, este explicabil faptul că modificarea comportamentală constituie un aspect esențial în terapia cognitivă pentru anxietate. Beck și colab. (1985, 2005) au dedicat un capitol întreg strategiilor comportamentale, iar modificarea comportamentală este menționată cu precădere în protocoalele TCC pentru tulburări de anxietate specifice, cum ar fi tulburarea de panică (D.M. Clark, 1997; Craske și Barlow, 2001), fobia socială (D.M. Clark, 2001; Rapee și Heimberg, 1997), TOC (D.A. Clark, 2004; Rachman, 2006; Salkovskis, 1999; Salkovskiși Wahl, 2003) și TSPT (Ehlers și Clark, 2000; Taylor, 2006). În plus, cercetările empirice indică faptul că intervențiile cognitive, cum ar fi expunerea și prevenirea reacțiilor, au propriile efecte semnificative în reducerea anxietății (Abramowitz, Franklin și Foa, 2002; Fava, Zielezny, Savron și Grandi, 1995; Feske și Chambless, 1995; Riggs, Cahill și Foa, 2006). Astfel, strategiile de intervenție comportamentală sunt o componentă terapeutică esențială a terapiei cognitive pentru anxietate.

Perspectiva cognitivă asupra intervențiilor comportamentale

În terapia cognitivă, strategiile comportamentale sunt folosite ca intervenții pentru modificarea estimărilor și convingerilor eronate legate de amenințare și de siguranță. De aceea, terapeutul cognitivist concepe temele orientate către modificarea comportamentală destul de diferit,comparativ cu perspectiva strict comportamentalistă. Intervențiile comportamentale nu sunt privite în termenii accentuării inhibiției sau ai habituării la o reacție anxioasă, ci în termenii efectului acesteia asupra modificării cogniției legate de amenințare, care, la rândul său, va conduce la o reducere a simptomelor anxioase. Această reconceptualizare cognitivă a tratamentului comportamental are mai multe implicații practice în privința modului în care sunt implementate intervențiile comportamentale în etapele următoare. (Vezi secțiunea despre testarea empirică a ipotezei din capitolul precedent, pentru o prezentare a aspectelor relevante în ceea ce privește folosirea intervențiilor comportamentale în terapia cognitivă.)

Argumentație

Ca în orice intervenție terapeutică, în faza psihoeducațională a tratamentului(vezi Figura 6.1), trebuie să i se ofere pacientului justificarea alegerii temei comportamentale care se bazează pe modelul cognitiv al anxietății. Sunt două idei esențiale în legătură cu intervențiile comportamentale care trebuie comunicate pacienților. Întâi, terapeutul cognitivist va explica faptul că una dintre cele mai eficace modalități de a modifica gândirea anxioasă este aceea a experienței directe cu situații anxiogene. În cazul exemplului nostru de caz, Mariei i s-a explicat că experiența pe care a dobândit-o prin expunerea sa la situații sociale reale a oferit cea mai relevantă

posibilitate de a verifica dacă oamenii o judecă atât de sever pe cât își imagina. În al doilea rând, argumentarea folosirii intervențiilor comportamentale ar trebui să cuprindă o discuție despre strategiile comportamentale de coping care prezintă un potențial dezadaptativ. Se va explica faptul că modificarea acestor strategii de coping este o componentă esențială a terapiei cognitive. Prin urmare, modificarea reacțiilor disfuncționale de coping și dobândirea altor reacții, mai eficace, care să contribuie la scăderea anxietății, constituie un motiv în plus pentru alegerea intervențiilor comportamentale.

Identificarea gândului/convingerii țintă

Terapeutul cognitivist prezintă întotdeauna intervenția comportamentală ca pe un mijloc de a realiza modificarea cognitivă. Astfel, se identifică un anumit gând anxios, o estimare sau o convingere ca țintă principală pentru intervenția comportamentală. Pentru ca exercițiul comportamental să aibă eficacitate, pacientul trebuie să știe cu precizie gândul anxios sau convingerea anxioasă supuse evaluării în cadrul intervenției. Pentru Maria, erau trei convingeri fundamentale deosebit de importante pentru terapia cognitivă care urma să-i fie administrată: „Dacă întâlnesc cumva cunoscuți, aceștia se vor gândi că nu sunt bună de nimic, sunt o persoană lipsită de valoare, o ratată", „Cei care mă cunosc mă vor considera labilă din punct de vedere emoțional, deoarece își vor aminti comportamentul meu „nebunesc" din timpul episoadelor maniacale" și „Dacă arăt perfect, oamenii vor considera că sunt mai competentă, mai sigură de mine."

Prescripția comportamentală

Pacientul primește întotdeauna informații specifice în legătură cu modul în care trebuie să efectueze exercițiul comportamental, un fel de rețetă medicală comportamentală. Este vorba despre o schemă care să indice momentele când trebuie efectuat exercițiul, locul și durata acestuia. Trebuie specificat foarte clar dacă există restricții în folosirea indicilor de siguranță (de exemplu, o persoană suferind de agorafobie poate fi însoțită de un prieten de încredere la cumpărături, dar trebuie să petreacă 30 de minute singură în timpul vizitei respective la mall). În plus, terapeutul trebuie să discute cu pacientul care strategii de coping sunt considerate sănătoase atunci când se efectuează exercițiul comportamental și care reacții ar submina succesul intervenției (vezi secțiunea despre planificarea experimentelor comportamentale în capitolul anterior).

Automonitorizarea

Pacienții ar trebui să înregistreze rezultatul fiecărui exercițiu comportamental primit ca temă de casă. Trebuie folosite formulare speciale pentru automonitorizare, cum ar fi formularele pentru evaluarea sau pentru înregistrarea gândurilor, reproduse în anexele de la Capitolele 5 și 6 sau formularele comportamentale care vor fi prezentate mai târziu în capitolul

acesta. Deşi unii pacienţi insistă să facă o înregistrare mai liberă, mai puţin formală în cadrul temei de casă, este important să se noteze suficiente informaţii care să permită o evaluare a exerciţiului comportamental (vezi capitolul precedent, despre înregistrarea experimentelor comportamentale).

Evaluarea

Urmărirea evoluţiei după intervenţie este probabil partea cea mai importantă a exerciţiului comportamental în terapia cognitivă. Terapeutul trebuie să analizeze în detaliu informaţiile înregistrate în formularul pentru automonitorizare. Este esenţial să se sublinieze felul în care experienţa pe care a avut-o pacientul pe parcursul intervenţiei comportamentale a infirmat estimarea sa anxioasă şi a susţinut interpretarea alternativă. Lucrul acesta ar putea fi notat pe un „card de coping", pe care pacientul să-l folosească pentru a-şi confrunta gândurile anxioase în episoadele anxioase ulterioare.

7

În exemplul nostru de caz, Maria a fost rugată să-şi însoţească o prietenă la o cafenea, să bea o cafea şi să stea de vorbă cel puţin 20 de minute. Maria a fost rugată să-şi automonitorizeze anxietatea pe tot parcursul experimentului comportamental, observând cu precădere propriile gânduri automate şi orice indicii de natură relaţională pe care le identifica la cei din jur. Ea a făcut două observaţii importante. Întâi, anxietatea ei s-a intensificat tot mai mult, pe măsură ce îşi urmărea starea anxioasă interioară şi era din ce în ce mai îngrijorată de faptul că ceilalţi vor observa că nu se simte în largul său. Apoi, a adăugat că nu exista nicio dovadă obiectivă a faptului că oamenii din cafenea ar fi observat-o măcar. Nimeni nu o privea şi nimeni nu era câtuşi de puţin interesat de prezenţa ei. Astfel, experimentul comportamental i-a infirmat convingerea dezadaptativă că anxietatea ei se datora faptului că este privită de către ceilalţi, că este „centrul atenţiei" şi a susţinut în schimb explicaţia alternativă că anxietatea se datora focalizării exagerate a atenţiei asupra propriei stări. Pe baza rezultatelor acestei teme, terapia s-a orientat către diverse strategii cognitive care să combată efectele nocive ale atenţiei exagerat focalizate asupra propriei persoane atunci când se afla în situaţii sociale.

Instructiuni pentru clinician 7.1

Intervenţiile comportamentale sunt o componentă esenţială a terapiei cognitive pentru anxietate. Aceste intervenţii sunt folosite pentru a testa în mod direct gândurile şi convingerile disfuncţionale care menţin anxietatea. Intervenţiile comportamentale se introduc devreme în tratament şi sunt folosite pe toată durata terapiei într-o manieră foarte bine structurată şi organizată, ca demonstraţii desfăşurate în cadrul şedinţelor de terapie, iar între şedinţe sunt repartizate ca teme de casă.

INTERVENȚIILE BAZATE PE EXPUNERE

Expunerea presupune prezentarea sistematică, repetată şi prelungită a obiectelor, a situaţiilor sau a stimulilor (interni sau externi) care sunt evitaţi din cauza proprietăţilor lor de a provoca anxietate. Eficacitatea expunerii *in vivo* a fost demonstrată cu claritate pentru tulburarea de panică, în cazul căreia expunerea situaţională este esenţială atunci când se manifestă cu evitare agorafobică (van Balkom, Nauta şi Bakker, 1995; Gould, Otto şi Pollack, 1995). În plus,expunerea este o strategie de intervenţie eficace pentru TOC (vezi Foa, Franklin şi Kozak, 1998; Foa şi Kozak, 1996), pentru fobia socială (Heimberg şi Juster, 1995) şi pentru TSPT (Foa şi Rothbaum, 1998; Riggs şi colab., 2006). Prin urmare, expunerea este unul dintre cele mai puternice instrumente terapeutice de care dispune terapeutul pentru a reduce teama şi anxietatea.

Procedurile de expunere sunt eficace, deoarece modifică structurile amintirilor fricii. Foa şi Kozak (1986) susţin că expunerea trebuie să prezinte informaţii relevante pentru frică, pentru ca acestea să activeze complet structura amintirilor fricii. Informaţiile conţinute în expunere care sunt suficient de incompatibile cu elementele legate de sensul şi de răspunsul structurii fricii vor conduce la scăderea fricii şi a anxietăţii, în vreme ce informaţiile compatibile cu structura fricii vor avea efectul opus. Din această analiză rezultă două implicaţii terapeutice.

1. *Expunerea eficace trebuie să activeze schemele cognitive pentru frică* (adică structurile amintirilor). Cu alte cuvinte, indivizii trebuie să fie moderat anxioşi în timpul exerciţiului de expunere, pentru a se atinge pragul terapeutic.
2. *Expunerea eficace trebuie să prezinte informaţii care infirmă* elementele schemei dezadaptative. Succesul unei experienţe de expunere va depinde de atenţia completă a pacientului şi de procesarea informaţiilor incompatibile care îi infirmă elementele fricii şi vulnerabilităţii exagerate care compun schema pentru frică.

Pe lângă o bază teoretică şi empirică solidă pentru expunere, aceste proceduri au funcţii multiple în cadrul terapiei pentru anxietate. Tabelul 7.1 prezintă un rezumat al motivelor pentru care se foloseşte expunerea în terapia cognitivă a anxietăţii.

Pentru scăderea fricii, pot fi folosite trei tipuri de intervenţii de expunere: *in vivo* sau situaţională, expunerea în imaginar şi expunerea internă. Expunerea situaţională presupune contactul cu obiecte fizice sau cu situaţii reale, care sunt evitate în mediul extern, iar procedurile bazate pe expunerea internă, concentrate asupra propriei persoane, implică expunerea la senzaţii fizice temute (Antony şi Swinson, 2000a). Expunerea cu ajutorul imageriei mintale presupune prezentarea unor stimuli simbolici ai fricii. Mai târziu, vom vorbi despre implementarea fiecăreia dintre aceste proceduri de expunere, dar întâi trebuie să prezentăm câteva aspecte care trebuie clarificate atunci când iniţiem o intervenţie bazată pe expunere.

TABELUL 7.1. Scopul expunerii în terapia cognitivă a anxietății

Motive pentru introducerea procedurilor de expunere în terapia cognitivă:
• pentru a oferi informații necesare evaluării răspunsului anxios în situațiile evitate;
• pentru a oferi informații corective care infirmă amenințarea și vulnerabilitatea percepute;
• pentru a testa convingerile legate de gândirea catastrofică prin experimentul comportamental;
• pentru a confirma estimări și convingeri alternative mai adaptative;
• pentru a consolida strategiile adaptative de coping și pentru a modifica reacțiile dezadaptative;
• pentru a descuraja tendința de a apela la indicii de siguranță sau la comportamente de căutarea siguranței;
• pentru a oferi experiențe noi din care pacientul să afle mai multe lucruri despre teamă și despre anxietate;
• pentru a reduce sau pentru a elimina comportamentul bazat pe fugă și evitare.

Indicații generale pentru proceduri ale tehnicii expunerii

Probabil că nicio altă intervenție psihoterapeutică nu a fost judecată greșit mai des decât s-a întâmplat cu tratamentul bazat pe expunere. Intervenția este aparent simplă, dar majoritatea terapeuților pot confirma faptul că este dificil de implementat. Până și asigurarea unui „dozaj" suficient care să se dovedească eficace din punct de vedere terapeutic este o provocare în sine. Mulți indivizi renunță după una sau două încercări de expunere, astfel încât experiențele lor amplifică anxietatea în loc să o reducă. Când planificați o intervenție bazată pe tehnica expunerii, trebuie să aveți în vedere următoarele aspecte.(Pentru o prezentare detaliată a indicațiilor privind implementarea procedurilor de expunere, vezi Antony și Swinson [2000a]; Craske și Barlow [2001]; Foa și Rothbaum [1998]; Kozak și Foa [1997]; Steketee [1993]; și Taylor [2000, 2006].)

Argumentarea și planificarea

Terapeutul cognitivist explică procedurile de expunere ca fiind intervenții eficiente, care oferă experiența directă a contactului cu informațiile care infirmă estimările și convingerile anxioase. S-a subliniat faptul că învățarea din experiență are un efect mult mai puternic asupra modificării gândirii bazate pe emoție decât persuasiunea logică. Cu toate acestea, unii pacienți sunt sceptici în privința beneficiilor terapeutice pe care le oferă tratamentul bazat pe expunere, susținând că ei deja se confruntă cu situații anxiogene și sunt în continuare anxioși. Această obiecție poate fi contrazisă prin prezentarea diferențelor dintre expunerea naturală și expunerea terapeutică. Tabelul 7.2 prezintă câteva diferențe dintre expunerea naturală și cea terapeutică observate de Antony și Swinson (2000a).

Este important ca exercițiile de expunere efectuate între ședințele de terapie (adică temele de casă) să fie foarte bine structurate și planificate. Antony și Swinson (2000a) au observat că indivizii suferind de tulburarea de panică au tendința de a alege zilele în care sunt mai puțin anxioși pentru a efectua exercițiile de expunere, evitând zilele în care anxietatea este foarte ridicată. Dacă exercițiile sunt planificate în avans, acest lucru va reduce posibilitatea ca pacienții să-și amâne efectuarea temei pentru „zilele bune."

TABELUL 7.2. Diferențe dintre expunerea survenită în mod natural și expunerea terapeutică

Expunerea naturală	Expunerea terapeutică
Imprevizibilă și nesistematică	Prevăzută, planificată și sistematică
Durata scurtă → percepția înfrângerii	Durată prelungită → percepția victoriei
Rară și sporadică	Frecventă și repetată
Informațiile referitoare la amenințare sunt exagerate, iar informațiile referitoare la siguranță sunt ignorate.	Informațiile referitoare la amenințare sunt evaluate, iar informațiile referitoare la siguranță sunt procesate mintal.
Intoleranță la anxietate și eforturi intense pentru a păstra controlul	Toleranță crescută la anxietate și eforturi reduse pentru păstrarea controlului
Recurgerea la strategii de fugă și de evitare	Eliminarea tendințelor de fugă și de evitare

Notă. Bazat pe Antony și Swinson (2000a).

În timpul ședinței versus între ședințe

Exercițiile de expunere se pot desfășura cu participarea terapeutului, ca parte a programului ședinței sau, mai frecvent, ele sunt recomandate ca teme de casă pentru perioadele dintre ședințe. Se recomandă ca primele exerciții de expunere să se desfășoare în prezența terapeutului, în cadrul ședinței de terapie. Aceasta îi oferă terapeutului posibilitatea de a observa răspunsul pacientului la expunere și să corecteze problemele care se pot ivi. Alegeți o situație de dificultate scăzută până la moderată, pentru ca primele experiențe ale pacientului cu expunerea să fie reușite. Terapeutul demonstrează întâi (adică utilizează modelarea) cum se desfășoară exercițiul de expunere și apoi îi antrenează pe pacienți pentru a efectua tema corect, lăudându-i și încurajându-i pentru că își înfruntă teama și tendința de evitare. În același timp, terapeutul cognitivist sondează existența unor gânduri anxioase automate în timpul demonstrației expunerii și folosește strategii de restructurare cognitivă pentru a genera interpretări alternative. În felul acesta, un exercițiu de expunere în cadrul ședinței poate să devină un experiment de testare empirică a ipotezei vizând estimările și convingerile exagerate ale amenințării.

Există rațiuni practice pentru începerea tratamentului bazat pe expunere cu o expunere asistată de terapeut în cadrul ședinței de terapie. Dacă

terapeutul trece prea rapid la temele de casă bazate pe expunere, coordonate doar de pacient, acesta poate fi copleşit de anxietate, poate să recurgă la reacţiile de fugă şi de evitare, iar apoi să renunţe la procedură. Terapeuţii sunt presaţi să avanseze rapid, deoarece se întâmplă deseori ca asigurarea de sănătate a pacienţilor să fie limitată. Cu toate acestea, riscurile introducerii prea timpurii a expunerii coordonate de pacient rămân aceleaşi. Deşi există deosebiri între pacienţi în ceea ce priveşte numărul necesar de expuneri asistate în timpul şedinţei de terapie în primele faze ale tratamentului, se întâmplă foarte rar ca un pacient să reuşească să treacă direct la expunerea autoregizată, fără să fie nevoie măcar de o scurtă pregătire împreună cu terapeutul.

Expunerea gradată versus expunerea intensă

Majoritatea clinicienilor desfăşoară expunerea în mod treptat, ghidându-se după o ierarhie a situaţiilor anxiogene. Ierarhia cuprinde 10-20 de situaţii relevante pentru îngrijorările anxioase ale individului care sunt asociate fricii şi evitării, pornind de la intensitate redusă şi până la intensitate ridicată. Pentru fiecare situaţie din ierarhie se estimează un nivel aşteptat de anxietate, cotat pe o scală de la 0 la 100. Terapeuţii încep expunerea cu o situaţie care produce distres moderat şi trec cât se poate de rapid la situaţii tot mai dificile (Antony şi Swinson, 2000a; Kozakşi Foa, 1997). Tabelul 7.3 prezintă o ierarhie a expunerii ilustrativă, care s-ar fi putut folosi pentru tratarea anxietăţii sociale a Mariei.

În acest exemplu de caz, terapeutul cognitivist ar începe cu o situaţie care provoacă un distres moderat, cum ar fi „o plimbare singură prin oraş pe o stradă aglomerată" sau „întâlnirea cu o prietenă la cafenea" şi va repartiza aceste teme bazate pe expunere până când va observa o diminuare semnificativă a anxietăţii. Apoi, tratamentul va avansa cu situaţia următoare în ordinea gradului de distres pe care îl provoacă (de exemplu, „să meargă la cumpărături cu o prietenă"). Anexa 7.1 prezintă un formular cu Ierarhia Expunerii care poate fi folosit pentru dezvoltarea programelor de expunere graduală cu indivizii suferind de anxietate. Pacienţii îşi ierarhizează experienţele de la cea mai uşoară la cea mai dificilă în funcţie de anxietatea şi de evitarea asociate. Pe lângă aceasta, pacienţii sunt rugaţi să noteze gândul anxios principal asociat fiecărei situaţii, deşi acesta s-ar putea să nu fie accesibil până în momentul în care individul se confruntă cu situaţia anxiogenă. Anexa 7.2 este folosită atunci pentru a înregistra atât exerciţiile de expunere din cadrul şedinţelor, cât şi cele dintre şedinţele de terapie. Informaţiile din Jurnalul pentru exerciţiile de expunere pot fi rezumate pe Formularul pentru testarea empirică a ipotezei (vezi Anexa 6.5) şi pot fi folosite ca experiment comportamental pentru evaluarea estimărilor şi a convingerilor exagerate şi a perspectivei lor alternative.

TABEL 7.3. Ierarhia ilustrativă a Mariei cuprinzând situațiile sociale de expunere

Itemi în ierarhizarea fricii	Nivelul anxietății (0=lipsa anxietății până la 100=anxietate maximă/ panică)
Stând acasă și discutând cu familia	10
O plimbare cu mașina	15
Plimbare într-un spațiu necunoscut (risc minim de a întâlni persoane cunoscute)	25
Plimbare, singură,în vecinătatea locuinței (risc ridicat de a întâlni persoane cunoscute)	35
Plimbare, singură, în oraș, pe o stradă aglomerată	40
Ieșire la cinematograf cu o prietenă	55
Întâlnirea unei prietene la o cafenea	55
Ieșirea la cumpărături cu o prietenă	60
Ieșirea, singură, la cumpărături	75
Ieșirea, singură, la un magazin alimentar	80
Participarea la o petrecere cu persoane cunoscute	90
Participarea la cursuri, alături de colegii de grupă	95
Susținerea unei dizertații, a unui discurs public	100

Există rapoarte ale unor intervenții de succes în care s-a folosit expunerea comasată, unde indivizii încep cu itemii cei mai dificili din ierarhie. De fapt, această expunere intensivă, care nu este gradată, a fost deosebit de eficace pentru tratarea tulburării de panică și a evitării agorafobice (vezi analiza lui Craskeși Barlow, 2001; White și Barlow, 2002). Totuși, expunerea treptată este de obicei mai acceptabilă pentru indivizii suferind de tulburări de anxietate care sunt deja îngrijorați în legătură cu anxietatea ridicată ca rezultat al expunerii. Perspectiva confruntării cu „temerile cele mai mari" chiar de la început este prea riscantă pentru majoritatea indivizilor, care, apoi, ar putea fi înclinați să refuze alt tratament bazat pe expunere (Antony și Swinson, 2000a). Fără îndoială, expunerea gradată este metoda preferată, deși terapeutul trebuie să se asigure că nu avansează prea lent în ierarhia expunerii.

Frecvența și durata

Manualele de terapie comportamentală care tratează expunerea situațională recomandă ședințe zilnice, 5 zile pe săptămână, în perioade de 3-4 săptămâni și cu o durată de până la 90 de minute pentru fiecare expunere (de exemplu, Kozak și Foa, 1997; Steketee, 1993, 1999). Cel mai intens program pentru procedurile de expunere a fost cel de 3-4 ore pe zi, 5 zile pe săptămână (Craske și Barlow, 2001). Deși aceasta reprezintă limita superioară, probabil este adevărat că tratamentele bazate pe expunere oferite în centrele comportamentale specializate cuprind mai multă muncă de expunere decât

ceea ce se vede în spaţii clinice obişnuite. Dacă nu se reuşeşte diminuarea reacţiei de frică cu ajutorul expunerii din timpul şedinţei de terapiei şi între şedinţele de terapie, acest lucru este un predictor important al răspunsului slab la tratament (de exemplu, Foa, 1979; Foa, Steketee, Grayson şi Doppelt, 1983; Rachman, 1983). Deşi sunt mai mulţi factori care pot fi răspunzători pentru rezultatul slab al tratamentului, este posibil ca indivizii să fi beneficiat de un număr insuficient de şedinţe de expunere, mai cu seamă dacă avem în vedere regimul de tratament din centrele de sănătate.

Există dovezi ale faptului că o prezentare concentrată a expunerii este mai eficace decât expunerea sporadică, repartizată doar în timpul şedinţelor de terapie (Antony şi Swinson, 2000a; Foa şi Kozak, 1985), deşi cercetările efectuate asupra acestui aspect nu sunt deloc concludente (vezi Craske şi Barlow, 2001). Antony şi Swinson (2000a) recomandă trei până la şase şedinţe mai lungi de exerciţii pe săptămână, intercalate cu exerciţii scurte pe parcursul zilei. Fără îndoială, sfatul clinic cel mai prudent ar fi încurajarea efectuării cel puţin zilnice a practicii expunerii atunci când ea reprezintă o strategie primară de intervenţie în planul de tratament. Trebuie să se încerce din toate puterile evitarea efectelor negative ale exersării insuficiente a expunerii asupra răspunsului la tratament.

Se pare că şedinţele de expunere prelungită sunt mai eficace decât acelea cu expunere scurtă (Foa şi Kozak, 1985), diminuarea anxietăţii apărând la 30-60 de minute de la expunere. Foa şi Kozak (1986) susţin că intervalele mai lungi de expunere ar fi necesare pentru temeri mai intense, mai persistente şi mai complexe, cum ar fi agorafobia. În ceea ce priveşte răspunsul la expunere, sunt de aşteptat deosebiri la nivel individual, astfel încât clinicianul se bazează pe reducerile pe care le observă la nivelul anxietăţii subiective şi care îi indică momentul în care să încheie o şedinţă de expunere. Antony şi Swinson (2000a) sugerează o reducere a anxietăţii subiective până la un nivel uşor sau moderat (30 până la 50/100) indicată de ratingul autoevaluării şi al observaţiei, considerate criterii pentru o desfăşurare reuşită a şedinţei de expunere Taylor (2006) consideră că reducerea cu 50% a anxietăţii indică o expunere reuşită. Deşi există deosebiri în privinţa rezultatelor specifice, literatura comportamentală afirmă în mod clar faptul că expunerea frecventă, intensă şi prelungită este necesară pentru a obţine o diminuare a fricii semnificativă şi de durată.

Atenţie versus distragere

Foa şi Kozak (1986) au susţinut că folosirea strategiilor de distragere care implică evitarea cognitivă, cum ar fi a pretinde că te afli altundeva, modificarea unei imagini legate de frică, concentrarea asupra elementelor care nu provoacă teama ale unei situaţii şi generarea gândurilor sau a imaginilor irelevante pentru frică vor conduce la diminuarea encodării informaţiilor relevante pentru frică, vor împiedica activarea fricii şi, prin urmare, vor conduce la insucces în procesarea emoţională. Astfel, se recomandă ca pacienţii să se confrunte cu elementele de frică dintr-o situaţie în timpul expunerii şi să minimalizeze cât se poate de mult distragerea (Craske şi Barlow, 2001).

Cercetările empirice în care s-au studiat efectele atenției comparativ cu cele ale distragerii în tratamentul bazat pe expunere nu au fost concludente (pentru analize, vezi Antony şi Swinson, 2000a; Craske şi Barlow, 2001). Concluzia cea mai bună este că distragerea nu ar avea un efect negativ specific pe termen scurt, dar se pare că subminează eficacitatea tratamentului pe termen lung. În conformitate cu Antony şi Swinson (2000a), oferim următoarele recomandări pentru creşterea eficacității expunerii:

1. Indicați-le pacienților să acorde întreaga lor atenție elementelor legate de frică, percepute în situația sau în imaginea respectivă. Aceasta se realizează prin descrierea verbală a elementelor situației, prin reacția lor față de aceste caracteristici şi prin interpretările pe care le dau pentru ceea ce văd şi resimt.
2. Reduceți la minimum sursele directe şi indirecte ale distragerii. Întrebați-i frecvent pe pacienți la ce se gândesc în momentul respectiv. Amintiți-le să-şi îndrepte din nou atenția asupra exercițiului, dacă observați că atenția le este distrasă.
3. Încurajați pacienții să nu opună rezistență anxietății încercând să-şi suprime emoțiile. Antony şi Swinson (2000a) au constatat că eforturile de a reprima senzațiile anxioase sau chiar încercarea de a reduce disconfortul pot, în mod paradoxal, să mențină sau să amplifice disconfortul. Astfel, „acceptarea fricii" este, probabil, atitudinea cea mai benefică pe care ar trebui să o mențină în timpul expunerii.

Fugă controlată versus rezistență

Protocoalele standard pentru tehnica expunerii presupun faptul că pacienții ar trebui să continue (adică să reziste) în cadrul exercițiului de expunere, până când se obține o reducere semnificativă a anxietății (de exemplu, Foa şi Kozak, 1985). O perspectivă alternativă este ca expunerea să continue până când indivizii simt că nivelul anxietății este „prea ridicat" sau intolerabil, punct în care ei pot ieşi din situația respectivă, cu condiția să se întoarcă la situația amenințătoare după câteva minute (Craske şi Barlow, 2001).

Dacă se alege perspectiva comportamentalistă pentru reducerea anxietății, este preferabilă metoda rezistenței, pentru a se asigura habituarea cu anxietatea în cadrul şedinței de terapie (Foa şi Kozak, 1986). Pe de altă parte, dacă diminuarea anxietății este explicată în termenii autoeficacității crescute sau ai încorporării semnalelor pentru siguranță, atunci este permisă folosirea ieşirii controlate din situație (Craske şi Barlow, 2001). Din nou, cercetările empirice nu sunt concludente asupra acestui aspect (vezi analiza realizată de Craske şi Barlow, 2001). Din perspectiva cognitivă, fuga controlată poate fi problematică, deoarece ar putea întări convingerile că situația este periculoasă, că anxietatea este insuportabilă şi că reacția cea mai potrivită este fuga. Din aceste motive, considerăm că încurajarea pacienților de a suporta şedințele de expunere până când se observă o reducere semnificativă a anxietății va oferi cele mai bune dovezi care să infirme estimările exagerate ale amenințării şi ale vulnerabilității personale.

Colaborarea şi controlul orientat către pacient

Previzibilitatea şi controlul percepute sunt importante pentru indivizii care participă la tratamentul bazat pe expunere (Antony şi Swinson, 2000a). În concordanţă cu orientarea terapiei cognitive, trebuie să existe o atmosferă de colaborare foarte apropiată, cu pacienţii implicaţi direct în pregătirea temei de casă bazate pe expunere. Indivizii trebuie asiguraţi că nu li se va cere niciodată să facă ceea ce nu „doresc" şi că ei vor controla ritmul în care se va desfăşura tratamentul prin expunere. Desigur, terapeutul îi va încuraja pe pacienţi să-şi forţeze limitele, dar nimic nu trebuie să sugereze un demers coercitiv sau autoritar. Este posibil să fie nevoie de restructurare cognitivă în cazul pacienţilor reticenţi faţă de un anumit aspect al ierarhiei expunerii. De asemenea, este util să se afle aşteptările pacientului în privinţa progresului în ierarhia respectivă. În felul acesta, terapeutul poate să corecteze orice aşteptări false legate de rapiditatea cu care va progresa, ţinând seama de ritmul real al tratamentului prin expunere pe care îl urmează clientul.

Antony şi Swinson (2000a) au constatat că unele situaţii de expunere sunt în mod inerent imprevizibile, cum este cazul situaţiilor sociale (de exemplu, pacientul suferind de anxietate socială căruia i se cere să iniţieze o scurtă conversaţie cu colegii de serviciu). În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să-l pregătească pe pacient pentru situaţia în care rezultatele vor fi negative. Alteori, se doreşte introducerea unor elemente imprevizibile în exerciţiile de expunere efectuate mai târziu, pentru ca pacientul să fie pregătit să se confrunte cu vicisitudinile inerente experienţelor cotidiene naturale.

Semnalele de siguranţă şi expunerea asistată de partener

Majoritatea terapeuţilor comportamentalişti recomandă eliminarea recurgerii la semnalele privind siguranţa pe durata expunerii (de exemplu, Taylor, 2000; White şi Barlow, 2002). Unele dintre aceste comportamente pot fi destul de subtile, ca de exemplu producerea reacţiilor automate, cum ar fi încordarea sau reţinerea respiraţiei. Îndepărtarea indicilor siguranţei în timpul exerciţiului de expunere presupune ca terapeutul să identifice întâi aceste reacţii, să-i dezveţe pe pacienţi de obiceiul de a recurge la semnalele siguranţei prin încorporarea lor în cadrul expunerii şi prin încurajarea pacientului de a se abţine şi a nu mai căuta siguranţa (Taylor, 2000). Eliminarea semnalelor siguranţei este importantă în terapie, deoarece prezenţa lor continuă este o formă de evitare care subminează infirmarea convingerilor legate de ameninţare şi de vulnerabilitate. În exemplul de caz, Maria credea că aspectul ei plăcut şi ordonat îi asigura protecţie împotriva evaluării negative a celorlalţi. Aceasta avea o funcţie de căutare a siguranţei asupra căreia a fost ţintită restructurarea cognitivă desfăşurată concomitent cu exerciţiile de expunere la situaţii sociale.

În unele tulburări de anxietate ca agorafobia, un membru al familiei sau un prieten poate constitui un indice puternic al siguranţei pentru pacientul anxios. Atunci când se analizează tema de casă bazată pe expunere, terapeutul trebuie să întrebe dacă pacientul a efectuat-o singur sau cu ajutorul unui partener. Dacă pacientul se bazează prea mult pe partenerul său, acest

lucru trebuie inclus în ierarhia expunerii, pentru ca pacienții să fie eliberați treptat de dependența de ceilalți, pe măsură ce avansează în ierarhie. Indivizii care nu se pot aventura într-o situație anxiogenă fără ajutorul unui prieten, al unui membru al familiei sau al partenerului nu vor obține rezultate durabile în diminuarea anxietății (Antony şi Swinson, 2000a).

Gestionarea anxietății în timpul expunerii

Având în vedere importanța expunerii frecvente şi prelungite la stimulii fricii, s-ar putea crede că gestionarea anxietății nu-şi are locul în tratamentul bazat pe expunere. Nu este mai bine ca pacientul să rămână într-o stare de anxietate ridicată, pentru a putea procesa efectele complete ale dovezilor care îi infirmă temerile şi pentru obținerea unei diminuări naturale a anxietății? În majoritatea cazurilor ar fi mai bine să se evite gestionarea deliberată a anxietății. Însă există cazuri în care este necesară o oarecare gestionare a anxietății pentru a încuraja expunerea prelungită şi repetată la situații care provoacă anxietate ridicată. De exemplu, pacienții care resimt anxietate extrem de ridicată în mai multe tipuri de situații sau cei care au o toleranță extrem de scăzută la anxietate ar putea fi învățați nişte strategii de gestionare a anxietății, pentru a o reduce până la nivelul moderat care este nivelul optim pentru o expunere reuşită.

Steketee (1993) descrie patru tipuri de strategii de gestionare a anxietății care se pot folosi în tratamentul bazat pe expunere pentru reducerea anxietății subiective. Prima este restructurarea cognitivă, în care indivizii îşi modifică estimările exagerate ale amenințării, notându-şi dovezi din situația expunerii care indică faptul că pericolul nu este atât de mare pe cât se aşteptau şi că, până la urmă, anxietatea scade în mod natural. Beck şi colab. (1985, 2005) oferă câteva „îndemnuri pentru coping", care pot fi folosite de către pacienți pentru a rezista în situația anxiogenă. Obiectivul acestor strategii cognitive este acela de a modifica estimările şi convingerile care sunt responsabile pentru anxietatea ridicată în situația respectivă. Cu Maria, intervențiile cognitive s-au concentrat asupra convingerilor sale eronate referitoare la sursa anxietății sale (de exemplu, „faptul că lumea se uită la mine").

A doua metodă de gestionare a anxietății este aceea prin care i se oferă pacientului training pentru relaxare, cum ar fi relaxarea musculară progresivă, controlul respirației sau meditația. Aceste reacții de coping se vor putea folosi în timpul expunerii, pentru reducerea anxietății. Steketee (1993) previne însă asupra faptului că relaxarea nu s-a dovedit deosebit de eficace în anxietatea moderată spre ridicată. De asemenea, relaxarea poate fi transformată cu uşurință într-o reacție de evitare sau de căutare a siguranței. Din aceste motive, trainingul pentru relaxare este rareori inclus în tratamentul bazat pe expunere. Poate fi folosit, totuşi, ocazional, pentru întărirea controlului perceput la indivizii care refuză inițial metoda expunerii din cauza aşteptărilor scăzute privind autoeficacitatea. În alte cazuri, cum este cel al Mariei, încrederea în controlul respirației se poate dovedi contraproductivă, deoarece ritmul respirației sale era atât de exagerat în faza de anxietate acută, încât se afla la limita hiperventilației, iar aceasta probabil ar fi atras atenția celorlalți.

A treia abordare este folosirea intenției paradoxale, în care persoana este îndrumată să-și exagereze reacția anxioasă față de situația amenințătoare. Exagerarea fricii conduce deseori la sublinierea absurdității și a improbabilității fricii, având efectul paradoxal de a declanșa o reevaluare a amenințării și a vulnerabilității asociate situației (Steketee, 1993). De exemplu, o persoană suferind de tulburarea de panică cu evitare agorafobică va fi refractară la propunerea de a merge pe jos cam la cinci străzi distanță de casă. Presupunând că s-a obținut aprobarea medicală, persoana poate fi sfătuită să alerge atunci când simte o panică intensă din cauza ritmului cardiac accelerat. Jogging-ul, desigur, îi va accelera și mai mult ritmul cardiac, dar va determina și reatribuirea sa activității fizice intense. Rezultatul poate fi o reducere a anxietății subiective la un nivel mai tolerabil.

Ultima strategie de gestionare a anxietății constă în chemarea terapeutului, a unui membru al familiei sau a unui prieten, care să-i ofere pacientului sprijin și să-l liniștească (Steketee, 1993). Având în vedere discuția anterioară referitoare la căutarea siguranței, forma aceasta de intervenție poate submina rapid eficacitatea expunerii, de aceea trebuie folosită cu parcimonie. Orice dovadă a faptului că această formă de căutare a sprijinului a devenit un stil de coping înrădăcinat trebuie să conducă la excluderea sa din tratament. Pe de altă parte, poate fi nevoie de un oarecare ajutor pentru scurt timp, mai ales la începutul tratamentului, pentru a încuraja participarea la ședințele de expunere. Beck și colab. (1985, 2005) au recomandat folosirea persoanelor semnificative din anturajul pacientului ca terapeuți auxiliari pentru rezolvarea exercițiilor comportamentale. După ce au studiat literatura empirică, White și Barlow (2002) au stabilit că acceptarea sistemului de sprijin social al pacientului și folosirea persoanelor semnificative din anturaj în timpul efectuării temelor de casă ar putea întări eficacitatea tratamentului bazat pe expunere, mai ales în cazul indivizilor care suferă de agorafobie. La începutul tratamentului, membrii familiei au însoțit-o pe Maria în situații sociale pe care le evitase multă vreme, dar s-a renunțat la prezența lor cât s-a putut de repede. Prin urmare, rolul partenerilor, al membrilor familiei sau al prietenilor apropiați trebuie avut în vedere cel puțin atunci când se stabilesc teme de casă între ședințe, bazate pe metoda expunerii.

Instructiuni pentru clinician 7.2

Intervențiile eficace bazate pe expunere trebuie să activeze schemele legate de frică și să ofere informații care infirmă amenințarea și care vor avea ca rezultat modificarea structurii cognitive privind frica a pacientului. Lucrul acesta se realizează cel mai bine folosind expunerea frecventă, de intensitate moderată și prelungită pe parcursul ședințelor, precum și între ședințele de terapie, implementată în mod planificat, sistematic și gradat. Pacienții trebuie să cunoască motivația, argumentul de natură cognitivă care justifică efectuarea acestor exerciții în spiritul orientării terapeutice bazate pe expunere, care constituie o evaluare directă, experiențială a estimărilor și a convingerilor anxioase. Pentru a crește eficacitatea exercițiilor de expunere, ar trebui eliminate comportamentele de căutarea siguranței, distragerea și ieșirea din situație/evitarea. Pacienții trebuie să urmeze un program de expunere zilnică, în intervalul dintre ședințele de terapie.

Expunerea situațională (in vivo)

Forma cea mai comună de tratament bazat pe expunere presupune prezentarea repetată, sistematică a experiențelor din viața reală (Craske și Barlow, 2001). Expunerea situațională sau *in vivo* este folosită mai mult pentru fobiile specifice, tulburarea de panică cu evitare agorafobică,TOC și fobia socială. În cazurile acestea, ierarhia expunerii este compusă dintr-un tip de situații de viață care induc grade diferite de evitare. Taylor (2006) a observat faptul că expunerea nu este recomandată dacă pacientul prezintă un control redus al impulsurilor, tulburare caracterizată prin abuz de substanțe, ideație sau impulsuri suicidale sau dacă are un comportament autodistructiv indus de stres. Mai mult decât atât, pacienții trebuie să fie examinați de un medic generalist care să stabilească dacă există contraindicații în ceea ce privește participarea la anumite tipuri de intervenții bazate pe expunere.

După cum am menționat anterior, expunerea este prezentată ca o intervenție eficace de „învățare prin experimentare", care poate diminua anxietatea. Totuși, terapeutul trebuie să acorde o atenție sporită pacienților care au avut o experiență negativă cu expunerea. Antony și Swinson (2000a) sugerează ca terapeutul să se concentreze asupra evidențierii diferențelor dintre expunerea „rea" și expunerea „bună" (vezi Tabelul 7.2). La urmă, terapeutul trebuie să ofere un argument convingător în favoarea expunerii, care să-l încurajeze pe pacient să participe fără rezerve la procedurile de expunere.

Când se implementează expunerea, începeți cu demonstrațiile asistate de terapeut în cadrul ședinței de terapie, urmate de teme de auto-expunere între ședințe, bine planificate, structurate și gradate, care să evoce o anxietate moderată. Expunerea trebuie să se facă zilnic, cu ședințe de cel puțin 30-60 de minute și trebuie continuată până când se observă o reducere cu 50% a anxietății subiective. Fiecare ședință va începe cu evaluarea nivelului inițial al anxietății de la 0 la 100 și cu înregistrarea gândurilor anxioase anticipative referitoare la tema expunerii. Individul intră apoi în situația anxiogenă și oferă o evaluare a anxietății la fiecare 10-15 minute. În plus, pacienții trebuie să noteze orice simptome specifice anxietății în timpul intervenției de expunere, precum și interpretarea pe care o dau simptomelor. De asemenea, trebuie notate toate gândurile sau imaginile aprehensive, iar pacienții trebuie încurajați să folosească strategii de restructurare cognitivă, pentru a-și corecta gândirea. Ultima evaluare este notată la sfârșitul intervenției de expunere. Una dintre convingerile fundamentale țintite în cadrul temelor de expunere din tratamentul Mariei a fost „Oamenii se uită la mine și vor observa că sunt anxioasă, că nu pot respira și se vor gândi că este ceva în neregulă cu mine."

Din perspectiva cognitivă, ședința de evaluare de după expunere este probabil partea cea mai importantă a intervenției (vezi capitolul anterior despre consolidare și despre stadiile experimentelor comportamentale). Terapeutul cognitivist analizează în detaliu Formularul exercițiilor de expunere și alte materiale care cuprind gândurile, sentimentele și comportamentul pacientului în timpul exercițiului de expunere. În terapia cognitivă, expunerea este considerată un experiment comportamental sau exercițiu de testare empirică

a ipotezei. Astfel, observațiile pacientului referitoare la exercițiul de expunere pot fi înregistrate în Formularul pentru testarea empirică a ipotezei (vezi Anexa 6.5) şi acesta poate fi folosit pentru evidențierea acelor trăsături ale experienței expunerii care au infirmat estimările şi convingerile anxioase esențiale. Este de aşteptat ca evaluarea repetată a mai multor experiențe de expunere să ofere în cele din urmă dovezile contrare necesare pentru modificarea gândurilor şi a convingerilor anxioase ale pacientului, conducând în cele din urmă la reducerea pe termen lung a anxietății. Există exemple ale expunerii *in vivo* treptate în diverse manuale de tratament comportamental (de exemplu, Antony şi McCabe, 2004; Kozak şi Foa, 1997; Foa şi Rothbaum, 1998; Steketee, 1993), precum şi în Capitolul 6 despre testarea empirică a ipotezei.

Instructiuni pentru clinician 7.3

Expunerea *in vivo* este probabil cea mai puternică intervenție comportamentală pentru diminuarea fricii. Folosiți acest instrument terapeutic în tratamentul tulburărilor de anxietate ori de câte ori este posibil.

Expunerea în imaginar

Scopul oricărei intervenții bazate pe expunere este acela de a provoca anxietate sau distres şi de a-i permite să scadă spontan, fără a se recurge la evitare, la neutralizare sau la alte forme de căutare a siguranței. Există numeroase dovezi empirice în sprijinul ideii că obiectivul acesta poate fi atins cu ajutorul expunerii în imaginar, deşi majoritatea terapeuților recomandă folosirea expunerii *in vivo* ori de câte ori este posibil, deoarece aceasta a avut efecte mai puternice şi cu caracter mai general (de exemplu, Antony şi Swinson, 2000a; Foa şi Kozak, 1985; Steketee, 1993). Foa şi McNally (1996) susțin că imaginile nu pot fi la fel de eficiente ca expunerea reală, deoarece ele oferă o contribuție informațională improvizată şi prin urmare permit o evocare mai slabă a structurii amintirilor fricii.

Totuşi, uneori este preferată expunerea în imaginar, deoarece expunerea *in vivo* este nepractică (sau imposibilă) sau adăugarea exercițiilor în imaginar contribuie la consolidarea tratamentului bazat pe expunerea externă (Kozak şi Foa, 1997). Iată o listă a ocaziilor în care expunerea în imaginar ar putea fi metoda terapeutică mai adecvată:

- Atunci când obiectul fricii este un gând, o imagine sau o idee, expunerea în imaginar poate fi singura abordare terapeutică posibilă (de exemplu, în TOC, gândurile despre sfârşitul lumii, despre damnare eternă sau despre comiterea „păcatului capital").
- Expunerea în imaginar se foloseşte atunci când este nepractică sau lipsită de etică folosirea expunerii *in vivo* (de exemplu, teama de a profera obscenități în biserică, gânduri despre rănirea sau vătămarea accidentală a cuiva, teama de dezastre naturale).

- În TSPT, expunerea în imaginar este utilizată deseori atunci când frica este asociată amintirii unei traume suferite într-un loc îndepărtat sau cu mult timp în urmă(Keaneşi Barlow, 2002).
- Borkovec (1994) susține că îngrijorarea este o strategie cognitivă de natură conceptuală, folosită pentru evitarea imageriei aversive şi a stimulării fiziologice asociate subiectelor amenințătoare. Expunerea în imaginar a devenit o componentă importantă a protocoalelor TCC pentru TAG (Brown, O'Leary şi Barlow, 2001; Rygh şi Sanderson, 2004).
- Expunerea în imaginar este utilă ca exercițiu pregătitor pentru dezvoltarea abilităților în tratarea anxietății legate de discursul public, unde imageria şi jocul de rol se folosesc pentru dobândirea unor abilități înainte de expunerea *in vivo*.
- În sfârşit, expunerea în imaginar poate fi folosită la începutul terapiei, atunci când pacientul refuză să participe la expunerea într-o situație reală de viață, pentru a facilita acceptarea ulterioară a exercițiilor de expunere *in vivo* (Antony şi Swinson, 2000a).

Implementarea

Indicațiile generale oferite în legătură cu expunerea situațională sunt aplicabile în expunerea în imaginar, cu toate că trebuie să ținem seama de avertismentul următor. Întâi, procedurile de expunere de tip flooding sau abrupte, care implică prezentarea imediată a scenariului celui mai temut, se folosesc mai des în expunerea în imaginar decât în expunerea *in vivo*. Acest lucru este valabil mai cu seamă pentru expunerea în imaginar folosită în TSPT sau în TAG, unde nu este neapărat necesară abordarea de tip ierarhic a traumei sau a „celui mai sumbru scenariu". Cum expunerea intensivă este mai eficientă şi la fel de (sau mai) eficace în comparație cu expunerea ierarhică (Foa şi Kozak, 1985; White şi Barlow, 2002), clinicienii trebuie să decidă dacă se poate aplica o formă intensivă de expunere în imaginar.

În al doilea rând, şedințele în care se aplică metoda expunerii în imaginar durează aproximativ 20 de minute, prin urmare sunt mult mai scurte decât expunerea situațională. Exercițiile de imagerie susținută solicită mult resursele atenționale ale pacienților şi majoritatea nu reuşesc să-şi păstreze concentrarea completă asupra temei imageriei,pe perioade mai îndelungate. Cu toate acestea, este probabil ca numărul şedințelor de expunere în imaginar să fie acelaşi cu numărul expunerilor *in vivo*.

În al treilea rând, evitarea cognitivă este mai greu de controlat în şedințele de expunere în imaginar decât în şedințele de expunere în viața reală (Foa şi Kozak, 1986). Indivizii îşi pot distrage atenția de la imaginea reprezentativă pentru frică, înlocuind-o cu alt gând sau cu altă imagine sau îşi pot imagina versiuni mai puțin amenințătoare ale scenariului fricii. Aceasta va slăbi eficacitatea expunerii, subminând capacitatea imaginii de a activa schemele cognitive pentru frică (vezi Foa şi McNally, 1996).

Pentru a depăşi această limitare inerentă pe care o implică reprezentarea simbolică, terapeuții comportamentalişti au introdus unele

modificări în scopul de a mări eficacitatea expunerii în imaginar. O procedură este aceea prin care i se solicită pacientului să noteze descrierea completă a *scenariului imageriei fricii* (de exemplu, Kozak şi Foa, 1997; Rygh şi Sanderson, 2004). (Vezi analiza reprocesării în imageria mintală şi a scrierii expresive, din Capitolul 6). Pentru ca naraţiunea scrisă să fie eficientă, ea trebuie să cuprindă detalii care au semnificaţie emoţională pentru pacient precum şi reacţia anxioasă a pacientului (de exemplu, tensiune ridicată, palpitaţii) faţă de scenariul fricii (Kozak şi Foa, 1997). Crearea unei naraţiuni eficiente despre frică se poate dovedi o sarcină dificilă, prin urmare aceasta se face de obicei în timpul şedinţei de terapie, împreună cu terapeutul care va folosi descoperirea ghidată pentru a-l ajuta pe pacient să compună un scenariu eficace de imagerie. După ce acesta a fost realizat, primele exerciţii de expunere în imaginar trebuie să se desfăşoare în cadrul şedinţelor de terapie. Exerciţiul de expunere începe prin a-l invita pe pacient să citească naraţiunea cu voce tare şi apoi să închidă ochii pentru a genera o imagine de ansamblu şi completă a scenariului fricii. Dacă imaginea începe să se estompeze, pacientul trebuie să deschidă ochii şi să citească din nou părţi din naraţiune pentru a restabili imaginea. Procesul continuă pe toată durata şedinţei de expunere. După prezentări repetate ale imageriei fricii, poate fi necesară modificarea naraţiunii pentru a-i păstra proprietăţile evocatoare. Urmează un exemplu de naraţiune pentru un bărbat de 55 de ani suferind de TAG, care era îngrozit de faliment, deşi atinsese un nivel ridicat de siguranţă financiară.

> „Te trezeşti într-o joi dimineaţă şi eşti deosebit de anxios. Ai dormit puţin, fiindcă te-ai zvârcolit toată noaptea, îngrijorat din cauza problemelor financiare. Până la urmă, te scoli cu greu din pat, obosit, epuizat. Simţi o uşoară durere de cap, te dor muşchii şi abia te târăşti până în bucătărie. Casa ţi se pare rece acum, mai ales pentru că azi te-ai trezit înaintea celorlalţi. Afară este întuneric şi sumbru, stropi uşori de ploaie se preling pe fereastră. Te aşezi la masa din bucătărie şi mintea îţi fuge mereu la problemele legate de investiţii, te întrebi dacă nu cumva ai greşit când ai făcut o tranzacţie online. Ai o senzaţie de rău fizic la gândul că ai devenit vulnerabil din punct de vedere financiar, pentru că ai investit prea mult în acele acţiuni pe domeniul tehnic. Observi că eşti tensionat, simţi o durere în piept şi că inima a luat-o razna. Încerci să te controlezi, dar cu cât te străduieşti mai mult, cu atât îţi este mai rău Eşti convins acum că ai făcut o greşeală groaznică. Cum ai putut să fii atât de tâmpit încât să investeşti o sumă aşa de mare în nişte acţiuni cu potenţial mare de risc? Te simţi din ce în ce mai agitat, te ridici de pe scaun, începi să-ţi frângi mâinile în timp ce păşeşti nervos prin încăpere. Te gândeşti mereu la investiţia aceea stupidă, când, brusc, observi că ţi-a sosit corespondenţa. Încerci să te gândeşti la altceva în timp ce te îndrepţi spre cutia poştală. Sunt destul de multe plicuri, dar tu zăreşti imediat plicul de la bancă. Observi că este de la firma de brokeraj. Ştii că este extrasul lunar al contului tău de investiţii. Cu mâinile tremurânde şi cu o senzaţie tot mai intensă de greaţă deschizi plicul. Îţi îndrepţi imediat privirea către bilanţul lunar. Nu-ţi vine să crezi; practic, investiţiile tale au dispărut! Câteva investiţii importante au scăzut, iar fondurile tale obţinute cu atâta trudă au fost distruse. Ţi se înmoaie

picioarele, îți tremură mâinile și simți că ți se face rău. Te prăbușești pe scaun, ai senzația că o să-ți explodeze inima și simți o durere toracică puternică. Nu-ți vine să crezi și te tot uiți la cifre. Și totuși este adevărat; ai pierdut mii și mii de dolari. Îți dai seama că ești terminat, că portofoliul tău de investiții este distrus. Ce vei face acum?"

O altă procedură introdusă pentru a potența expunerea în imaginar este *trainingul habituării auditive*. Se înregistrează scenariul fricii pe un CD, pentru a repeta neîntrerupt textul acestuia. Pacientul este îndrumat să-l asculte și să se implice în scenariul descris cu cea mai mare intensitate. CD-ul poate fi reascultat în intervențiile de expunere timp de 20-30 de minute. Este important ca înregistrarea să le aparțină pacienților, pentru a-și asculta propria voce. Mai multe relatări de caz cu un singur subiect au descris eficacitatea expunerii auditive pentru frica obsesivă, în care înregistrarea audio potențează experiența expunerii în imaginar și, mai mult decât atât, reduce posibilitatea ca pacienții să apeleze pe ascuns la reacții de neutralizare care ar submina experiența expunerii (de exemplu, Headland și McDonald, 1987; Salkovskis, 1983; Thyer, 1985).

Instructiuni pentru clinician 7.4

Expunerea în imaginar este utilă în special pentru tratamentul TOC, TAG și al TSPT unde sursa anxietății este un gând, o imagine sau o amintire. Formele abrupte de expunere sau intensive se folosesc mai des împreună cu texte scrise sau cu înregistrări audio ale fricii din imaginar, pentru a asigura suficientă activare a fricii și pentru a reduce evitarea cognitivă.

Expunerea la senzații fizice

Anumite senzații fizice, cum ar fi durerea toracică, senzația de sufocare, amețeala, greața și altele pot discrimina sau cel puțin exacerba anxietatea, deoarece sunt interpretate greșit ca fiind amenințătoare. Această interpretare catastrofică eronată a senzațiilor fizice este caracteristică mai ales tulburării de panică (Beck, 1988; Beck și Greenberg, 1988; D.M. Clark, 1986a). Așa cum se recomandă atunci când este vorba despre orice stimul al fricii, este important ca pacienții să fie supuși expunerii repetate la senzații fizice care le provoacă anxietate. Aceasta se realizează cu ajutorul diverselor „exerciții de inducere a panicii", care presupun activarea deliberată a senzațiilor fizice, cum ar fi respirația accelerată sau hiperventilația, respirația printr-un pai,alergarea pe loc ș.a.m.d. În terapia cognitivă, scopul acestor exerciții de expunere este acela de a activa schemele fricii, în cazul acesta teama de senzațiile fizice,și crearea unor experiențe care să corecteze echivalarea eronată a simptomului pe care o construiesc indivizii anxioși (de exemplu, durerea toracică=risc ridicat pentru atac de cord; Beck și Greenberg, 1987).

Expunerea la senzațiile fizice în terapia cognitivă se aseamănă cu expunerea interoceptivă a lui Barlow, care presupune reproducerea

şi expunerea repetată la senzaţii fizice stresante legate de stimularea neurovegetativă (White şi Barlow, 2002; Taylor, 2000). Scopul expunerii interoceptive este acela de a reduce frica faţă de stimuli fizici specifici prin expunere repetată (Craske şi Barlow, 2001). Oricum, în terapia cognitivă aceste exerciţii sunt folosite diferit, pentru a activa schemele fricii asociate senzaţiilor fizice şi pentru a produce dovezi care infirmă interpretările catastrofice eronate ale simptomelor fizice. Deşi expunerea interoceptivă este cel mai des folosită în terapia cognitivă pentru tulburarea de panică, ea este relevantă pentru orice persoană anxioasă care se teme când resimte o anumită senzaţie fizică (Antony şi Swinson, 2000a). În capitolul următor, în care vom vorbi despre tulburarea de panică, veţi găsi o prezentare mai amănunţită a acestui tip de expunere.

Instructiuni pentru clinician 7.5

Folosiţi expunerea la senzaţii fizice pentru a activa schema cognitivă a fricii dezvoltată de către pacient, producând intenţionat senzaţiile fizice asociate anxietăţii, cu scopul de a-i oferi acestuia dovezi care infirmă interpretarea sa catastrofică eronată pentru senzaţia respectivă. Procedura este folosită cel mai frecvent în tratamentul tulburării de panică.

PREVENIREA REACŢIEI DE RĂSPUNS

Prevenirea răspunsului presupune suprimarea deliberată a oricărei strategii de coping, de genul compulsiei, neutralizării ori alt tip de reacţie de răspuns la care se recurge pentru a diminua anxietatea sau disconfortul (D.A. Clark, 2004). Ca intervenţie comportamentală, prevenirea răspunsului este folosită cel mai frecvent împreună cu intervenţiile de expunere, mai ales pentru tratamentul TOC. Din perspectivă mai largă, ca modalitate de a preveni reacţiile dezadaptative de coping care contribuie la persistenţa anxietăţii, prevenirea reacţiei de răspuns poate să fie o componentă importantă a tratamentului pentru oricare dintre tulburările de anxietate. De exemplu, în cazul Mariei, era important să i se reducă încrederea în „controlul" respiraţiei la care apela atunci când devenea anxioasă, deoarece acesta nu făcea decât să-i intensifice starea anxioasă.

Prevenirea reacţiei de răspuns este relevantă mai cu seamă în abordarea strategiilor deliberate, orientate către căutarea siguranţei folosite de către indivizii anxioşi în timpul fazei de procesare a anxietăţii (vezi Capitolul 2, Figura 2.1). În Capitolul 5, am enumerat 34 de reacţii comportamentale şi emoţionale de coping care pot fi folosite pentru neutralizarea anxietăţii (vezi Anexa 5.7). În plus, indivizii deosebit de anxioşi,pentru a-şi diminua disconfortul, se angajează în strategii cognitive elaborate, cum ar fi reprimarea deliberată a gândurilor, raţionalizarea şi altele (vezi Anexa 5.9). Prevenirea reacţiei de răspuns este, prin urmare, o puternică strategie de intervenţie menită să elimine reacţiile comportamentale problematice, adică răspunsurile

emoționale și cognitive care conduc la întreruperea prematură a expunerii la un stimul al fricii.

În esență, fiecare intervenție terapeutică având ca obiectiv suprimarea reacțiilor orientate către căutarea siguranței în contextul stimulării anxietății este o formă de prevenire a reacției de răspuns. Obiectivul este acela de a-i ajuta pe pacienți să fie mai conștienți de reacțiile lor dezadaptative de coping, să le suprime și să apeleze la răspunsuri mai adaptative pentru a asigura expunerea susținută la situațiile care induc frica. Inițial, terapeutul poate exemplifica prevenirea reacției de răspuns în timpul ședinței de terapie și, apoi, poate continua să-l antreneze pe pacient pentru strategii similare de coping. Scopul ultim este acela de a-l antrena pe pacient, astfel încât să ajungă în măsură să inițieze singur prevenirea reacției de răspuns în situațiile anxiogene care apar în mod natural.

Implementarea prevenirii reacției de răspuns

Implementarea prevenirii reacției de răspuns se face în mai multe etape (vezi, de asemenea, Rygh și Sanderson, 2004, pentru o descriere a prevenirii reacției pentru TAG).

Identificarea copingului dezadaptativ și a comportamentelor de neutralizare a anxietății

Pentru a implementa prevenirea reacției dezadaptative de coping, terapeutul trebuie să identifice întâi răspunsurile cognitive, comportamentale și emoționale folosite pentru a întrerupe expunerea la stimuli și pentru a diminua anxietatea. Formularele pentru evaluare din Anexele 5.7 și 5.9 sunt foarte utile în acest scop. În plus, observarea directă a pacientului în timpul expunerii la situații anxiogene poate decela reacții automate mai subtile orientate către găsirea siguranței care pot fi abordate în intervențiile de expunere și de prevenire a reacției. De exemplu, Maria întrerupea deseori ședințele de terapie ca să-l întrebe pe terapeut dacă este de părere că ea arată bine și se ridica frecvent de pe scaun ca să-și verifice înfățișarea în oglindă. Prevenirea răspunsului în cazul acestor reacții de căutare a siguranței și al convingerilor lor subiacente a constituit o parte importantă a terapiei. În cele mai multe cazuri, este bine ca temele de casă să cuprindă automonitorizarea căutării siguranței și a altor reacții de coping pentru a-l determina pe pacient să fie mai atent la aceste strategii. Automonitorizarea repetată a reacțiilor la anxietate și a eforturilor de a o controla poate conduce la dobândirea unui control conștient, mai elaborat asupra acestor procese destul de automate.

Explicarea necesității prevenirii reacției dezadaptative de coping

Trebuie să li se explice pacienților de ce prevenirea reacțiilor dezadaptative de coping este o componentă esențială a terapiei cognitive. Argumentul poate fi prezentat odată cu familiarizarea pacientului cu

intervențiile bazate pe expunere. Rygh și Sanderson (2004) sugerează să se folosească metoda analizei costuri-beneficii, conform căreia diminuarea pe termen scurt a anxietății asociată copingului dezadaptativ și reacțiilor de neutralizare este contrabalansată de persistența îndelungată a anxietății. Trebuie să se explice faptul că reducerea anxietății pe termen lung se va putea petrece doar atunci când estimările și convingerile subiacente eronate referitoare la amenințarea și la vulnerabilitatea exagerată sunt modificate cu adevărat. Strategia cea mai eficace pentru modificarea acestor atitudini constă în a învăța pacienții să tolereze anxietatea și să o lase apoi să scadă în mod natural.

Prevenirea reacțiilor dezadaptative care întrerup prematur anxietatea constituie un element important al acestei abordări terapeutice. Urmează un fragment clinic menit să ilustreze educarea unui pacient suferind de tulburarea de panică în legătură cu importanța prevenirii reacțiilor dezadaptative de coping.

TERAPEUTUL: Derek, am observat în lista pentru verificarea comportamentului (Anexa 5.7) că, de fiecare dată când ești anxios în legătură cu durerile toracice, te oprești din orice activitate, te odihnești și încerci să-ți controlezi respirația, străduindu-te să te relaxezi.

PACIENTUL: Da, fac asta de multă vreme și acum este ceva oarecum automat. Mă gândesc mereu că este important să mă relaxez și să mă controlez.

TERAPEUTUL: De asemenea, am observat că alteori, când anxietatea devine de nesuportat, cauți informații medicale pe Internet, îți faci o programare la medicul de familie sau mergi chiar la serviciul de urgență. Toate acestea arată a modalități de a te liniști, încercări de a te asigura că ești sănătos și că nu ai suferit un atac de cord.

PACIENTUL: Fac de ani de zile toate aceste lucruri, dar anxietatea revine mereu.

TERAPEUTUL: Derek, ai făcut o observație importantă. Prin urmare, tu crezi că încercarea de a te relaxa sau de a primi indicații medicale îți calmează pe moment anxietatea, dar apoi aceasta revine la fel de puternică.

PACIENTUL: Chiar așa se întâmplă.

TERAPEUTUL: Este exact ca zicala aceea, dar în cazul tău e pe dos „câștig rapid, suferință îndelungată". Reacțiile de tipul încercării de a te relaxa sau de a găsi siguranță pot funcționa pe termen scurt, dar, cu timpul, ele contribuie de fapt la persistența anxietății. Ele te împiedică să înveți să tolerezi anxietatea și să-ți dai seama că nu se va întâmpla nicio nenorocire din pricina simptomelor fizice ale anxietății. Întrerupând în mod artificial anxietatea, aceasta nu poate să dispară natural și tu nu ai niciodată posibilitatea să înveți că temerile tale legate de durerea toracică și de atacul de cord se întemeiază pe înțelegeri eronate exagerate privind starea ta de sănătate.

PACIENTUL: Vrei să spui că mersul la medic sau încercările mele de a mă

relaxa îmi fac rău, că toate acestea mă fac și mai anxios?

TERAPEUTUL: Da, chiar asta vreau să spun. Acestestrategii de coping te împiedică să înveți unele modalități de a te confrunta cu convingerile tale greșite despre riscurile privind propria sănătate. În felul acesta, anxietatea legată de durerile toracice și de atacurile de cord continuă neabătut. Îți amintești că am vorbit mai devreme despre exercițiile de expunere care te ajută să înveți cum să lași anxietatea să scadă în mod natural. De asemenea, este foarte important să elimini unele dintre aceste strategii de coping, cum ar fi odihna, încercarea de a te relaxa sau căutarea susținerii din partea medicului, care întrerup artificial răspunsul anxios. Astfel, în timp ce faci aceste exerciții de expunere, aș vrea să lucrăm și pentru găsirea unor căi de reducerea acestor comportamente problematice de coping. Folosim proceduri numite proceduri de prevenire a reacției dezadaptative de coping care se concentrează asupra suprimării unor reacții dezadaptative. Vrei să vezi câteva strategii pe care le-am putea folosi pentru a reduce sau chiar pentru a elimina aceste comportamente problemă și pentru a forma reacții mai bune la anxietate?

PACIENTUL: Sigur, pare o idee bună.

Pregătirea pacientului pentru anxietate accentuată

Indivizii trebuie preveniți să se aștepte la creșterea imediată a anxietății în cazul prevenirii reacțiilor de coping orientate către căutarea siguranței și al expunerii prelungite la stimulii fricii. Deși indivizii se deosebesc în ceea ce privește durata anxietății maxime, trebuie să apară o reducere a anxietății după 30-60 de minute de expunere. Oricum, continuarea prevenirii copingului dezadaptativ și a neutralizării poate fi necesară timp de mai multe ore după ședința de expunere. De exemplu, indivizii suferind de frica obsesivă de contaminare pot iniția ritualuri de spălare și de curățire care durează ore întregi. În astfel de cazuri, faza de prevenire a reacției, dacă avem în vedere o temă de casă bazată pe expunere, poate să se întindă pe durata a 2-3 ore. Trebuie să se discute cu pacienții durata aproximativă a ședinței de prevenire a reacției de coping. Majoritatea pacienților vor fi încurajați să continue prevenirea reacției de răspuns, până când anxietatea ajunge la nivelul scăzut.

Uneori, anxietatea individului este atât de intensă pe o perioadă îndelungată de timp, încât acesta refuză să mai urmeze procedurile de expunere și de prevenire a reacției. În astfel de cazuri, pot fi introduse temporar unele strategii de gestionare a anxietății, cum ar fi distragerea, controlul respirației și relaxarea musculară progresivă. Este important ca strategiile acestea să fie folosite pentru perioade scurte, deoarece ele pot interfera cu expunerea completă la stimulii fricii. Până la urmă, eficacitatea expunerii și a prevenirii reacției dezadaptative de coping va slăbi, dacă pacienții continuă să se bazeze pe gestionarea anxietății. Aceasta ar sugera că evaluarea exagerată a amenințării reprezentate de simptomele fizice ale anxietății rămâne intactă.

Instruirea pacientului pentru folosirea strategiilor de „blocare"

Se pot folosi mai multe strategii pentru a suprima comportamentul dezadaptativ de coping şi alte tipuri de reacţii orientate către căutarea siguranţei. Întâi, pacientul poate să scrie o listă cu propoziţii pe care să-şi întemeieze demersul de coping şi care pot fi folosite pentru a-i aminti beneficiile pe care le reprezintă prevenirea reacţiilor dezadaptative şi costurile pe care le reprezintă continuarea comportamentelor orientate către căutarea siguranţei. În al doilea rând, pacienţii îşi pot forma un repertoriu de *activităţi concurente* care să interfereze cu realizarea comportamentelor dezadaptative de coping. De exemplu, indivizii care îşi ţin respiraţia atunci când sunt anxioşi pot exersa respiraţia diafragmatică sau cei care au tendinţa de a respira mai accelerat atunci când sunt anxioşi pot să se concentreze să-şi ţină respiraţia între expiraţii. Pentru a concura verificarea compulsivă, individul se poate îndepărta imediat de situaţia respectivă, astfel încât repetarea verificării devine mai dificilă. De exemplu, Mariei i s-a impus să se privească în oglindă doar la anumite ore şi să nu poarte oglindă în poşetă. Este nevoie de investigaţii îndelungate pentru a forma un repertoriu de activităţi concurente care ar bloca în mod eficient comportamentul orientat către căutarea siguranţei. Se poate ca aceste reacţii concurente să fie chiar idiosincratice pentru individ şi pentru comportamentul specific de căutare a siguranţei pe care îl avem în vedere.

A treia strategie de prevenire a reacţiei dezadaptative de coping, care este probabil cea mai eficace pentru blocarea reacţiilor problematice de coping este intenţia paradoxală. Aceasta presupune determinarea pacientului de a se angaja în comportamente complet opuse reacţiei de căutare a siguranţei. De exemplu, o persoană care încercă să se odihnească de fiecare dată când se simte anxioasă, de teamă că are pulsul prea rapid, poate să înceapă o activitate fizică energică atunci când se simte anxioasă. Cineva care foloseşte evitarea cognitivă sau distragerea pentru a-şi diminua anxietatea, poate fi îndemnat să se confrunte direct cu stimulul fricii. Şi desigur, persoana care se bazează pe fugă şi pe evitare va fi încurajată să rămână în situaţia care îi provoacă frica. Pacientul care îşi reprimă senzaţiile anxioase va fi îndrumat să-şi exprime deschis emoţiile, indiferent dacă este vorba despre frică sau despre furie. Există foarte mari şanse ca manifestarea deliberată a unui comportament care este opus reacţiei de coping să ofere prevenirea cea mai eficace a reacţiei.

Şi, în sfârşit, *sprijinul şi încurajarea din partea familiei şi a prietenilor* poate constitui un stimulent puternic pentru ca pacientul să-şi înfrâneze reacţiile problematice la anxietate. Cu o instruire adecvată din partea terapeutului, membrii familiei pot deveni „antrenori" care să încurajeze expunerea şi prevenirea reacţiei. Având în vedere comportamentul Mariei, caracterizat prin căutarea exagerată a asigurărilor în legătură cu înfăţişarea sa, membrii familiei trebuie învăţaţi cum să răspundă la solicitările ei de a primi asigurări în privinţa înfăţişării. Desigur, implicarea persoanelor semnificative din anturaj trebuie monitorizată atent, pentru ca persoana respectivă să nu devină un indiciu de siguranţă. În plus, terapeutul trebuie să ofere încurajări verbale şi să fie disponibil la telefon între şedinţele de terapie pentru a-i ajuta

pe pacienții care ar putea întâmpina dificultăți în încercarea lor de a-și bloca reacțiile dezadaptative de coping.

Dezvoltarea reacțiilor alternative de coping

Alternativa adaptativă promovată în terapia cognitivă este expunerea continuată la stimulul fricii. Orice reacții de coping care îl încurajează pe pacient să aștepte până când anxietatea se diminuează în mod natural sunt considerate abordări adaptative. De exemplu, o pacientă care suferea de multă vreme de o tulburare de panică era înspăimântată de atacurile de panică. Convingerea sa principală era că putea să-și piardă controlul și să înnebunească. Orice semne de anxietate, mai ales tremurăturile, tremorul sau plânsul erau interpretate în mod eronat ca un semn al pierderii controlului. Ea reacționa prin contractarea mușchilor, prin încercarea de a-și distrage atenția și de a reprima senzațiile anxioase. Pentru a contracara aceste încercări inutile de control al anxietății, a fost concepută o formă paradoxală de prevenire a reacției. De fiecare dată când observa primele semne ale anxietății, trebuia să meargă în dormitor în fața unei oglinzi mari și să tremure și să strige cât putea de tare. Trebuia să se privească mereu în timpul acesta, până când nivelul anxietății scădea în mod semnificativ. Acest plan de coping cu episoadele anxioase avea mai multe funcții. Încuraja expunerea directă la simptomele fizice care o înfricoșau. De asemenea, îi bloca reacțiile dezadaptative de coping și, de obicei, se sfârșea într-un hohot de râs care iniția o stare emoțională contrară anxietății. În concluzie, prevenirea eficientă a reacțiilor dezadaptative de coping nu trebuie să aibă în vedere doar reacțiile orientate către căutarea siguranței care trebuie blocate sau suprimate, ci și modalități alternative de a reacționa, care să promoveze expunerea adaptativă.

Modificarea cognițiilor problematice

Terapeutul cognitivist este atent întotdeauna la gândurile sau la convingerile eronate care pot conduce la menținerea încrederii în reacțiile de căutare a siguranței și care subminează prevenirea reacției dezadaptative de coping. Aceasta se poate realiza prin întrebările adresate pacienților în legătură cu gândurile lor automate despre nevoia resimțită de a evita sau de a controla anxietatea și prin examinarea formularelor de automonitorizare pentru cognițiile dezadaptative orientate către căutarea siguranței, care au apărut în timpul temelor bazate pe expunere. După ce a fost identificată această gândire, se poate folosi restructurarea cognitivă pentru a modifica estimările și convingerile anxiogene (vezi Capitolul 6).

Există teme comune în gândurile și convingerile automate care întrețin căutarea siguranței și interferează cu prevenirea reacției dezadaptative de coping. Ele includ o intoleranță la anxietate și la incertitudine, dorința de a păstra controlul, importanța reducerii la minimum a riscului și păstrarea siguranței și a securității. Indivizii suferind de anxietate exprimă deseori convingeri cum ar fi „Nu suport anxietatea", „Trebuie să mă asigur că nu am lăsat arzătoarele aragazului aprinse, ca să nu provoc un incendiu", „Dacă

nu-mi controlez foarte strict emoțiile, oamenii vor observa că este ceva în neregulă cu mine", „Nu suport să-mi asum riscuri, mai bine să fiu în siguranță decât să-mi pară rău pentru ceea ce am făcut", „Cu cât sunt mai liniştit şi mai calm, cu atât mă simt mai sănătos fizic şi mintal" sau „Dacă arăt perfect, pot evita evaluările negative din partea celor apropiați" [Maria]. În multe cazuri prevenirea reacției dezadaptative de coping şi căutarea siguranței nu sunt acceptate atâta vreme cât persoana anxioasă menține acest mod de gândire. De aceea, terapeutul cognitivist trebuie să sondeze pentru a depista cognițiile problematice, ori de câte ori pacienții nu reuşesc să urmeze programul pentru prevenirea reacției dezadaptative de coping.

Înregistrarea şi evaluarea

Ca în orice intervenție, este esențial ca pacienții să țină o evidență a eforturilor de prevenire a reacțiilor lor de coping între şedințe. Lista demersurilor pentru prevenirea reacțiilor din Anexa 7.3 poate fi folosit în scopul acesta. Formularul acesta poate fi completat atunci când pacienții efectuează teme de casă bazate pe expunere sau atunci când reuşesc să împiedice copingul dezadaptativ în timpul episoadelor spontane de anxietate, survenite în circumstanțe naturale. Deşi formularul va conține informații despre nivelurile de anxietate şi despre tendința de angajare în „reacția care trebuie prevenită", terapeutul cognitivist ar trebui să sondeze cognițiile pacienților despre prevenirea răspunsului şi despre comportamentul de căutarea siguranței, atunci când analizează formularul.

Instructiuni pentru clinician 7.6

Prevenirea comportamentului dezadaptativ de coping şi a altor forme de căutare a siguranței este o componentă importantă a terapiei cognitive care promovează expunerea la informații care infirmă convingerile eronate ale pacientului referitoare la amenințare şi la vulnerabilitate.

MODIFICAREA COMPORTAMENTALĂ DIRECȚIONATĂ

După cum am precizat anterior, indivizii suferind de tulburări de anxietate manifestă deseori comportamente problematice, care necesită o modificare, sau pot prezenta deficite comportamentale, care contribuie de fapt la starea lor anxioasă. Un individ cu fobie socială poate prezenta o performanță deficitară în ceea ce priveşte relațiile interpersonale şi abilitățile de comunicare, deşi Antony şi Swinson (2000b) ne amintesc faptul că majoritatea persoanelor care suferă de anxietate socială au abilități de comunicare mai bune decât cred. Totuşi, deficitele în performanța comportamentală socială pot fi prezente şi în alte tulburări de anxietate. Ele pot apărea la o persoană cu tulburare de panică şi cu evitare agorafobică, care a ocolit spațiile sociale timp de mulți ani, sau la individul diagnosticat cu TOC cronică, care îi evită pe ceilalți din cauza obsesiilor legate de contaminare. Mai mult decât atât, indivizii suferind de

TSPT manifestă deseori o respingere accentuată a relațiilor sociale precum și alte dificultăți ce țin de relațiile interpersonale (Turner, Beidel și Frueh, 2005). În cazuri de felul acesta, ar fi bine să se includă în planul de tratament o componentă de training al abilităților.

Modificarea comportamentală direcționată se referă la strategiile de intervenție care îi învață pe indivizi să-și modifice unele comportamente specifice pentru a-și îmbunătăți eficacitatea personală acasă, la serviciu și în cadrul relațiilor interpersonale. În tulburările de anxietate, strategiile de modificare comportamentală se concentrează în mod tipic asupra îmbunătățirii abilităților prosociale, a asertivității sau a comunicării verbale și nonverbale (vezi Antony și Swinson, 2000a, 2000b, pentru discuții mai detaliate). Tabelul 7.4 prezintă etapele obișnuite în intervențiile pentru modificarea comportamentală.

TABELUL 7.4. Elemente terapeutice în intervențiile directe de modificare comportamentală

- Instruire didactică sau psihoeducație
- Modelarea comportamentelor specifice
- Repetiția comportamentală
- Feedback corectiv și consolidare
- Teme de casă bazate pe expunerea *in vivo*
- Automonitorizare și evaluare

Atunci când se inițiază o intervenție de modificare comportamentală, terapeutul începe cu *instruirea didactică* având ca scop pregătirea pacientului pentru repetiția comportamentală. Goldfried și Davison (1976) notează că această introducere cu caracter didactic este necesară pentru ca terapeutul să se asigure că pacientul recunoaște că modificarea comportamentală este necesară, că acesta acceptă faptul că repetiția comportamentală constituie un pas important în învățarea unor comportamente noi și că își va învinge orice anxietate legată de jocul de rol. În plus, terapeutul oferă informații specifice care îi ajută pe pacienți să învețe care este diferența dintre comportamentele lor dezadaptative și comportamente prosociale mai eficace.

În terapia cognitivă, trebuie prezentate argumentele pentru care se produce deplasarea atenției de la natura cognitivă a anxietății către această orientare comportamentală. Pacienții trebuie să afle că intervențiile acestea nu sunt o strategie directă de diminuare a anxietății, scopul lor fiind mai degrabă funcționarea și încrederea individului în situații sociale. Funcționarea socială ameliorată poate să aibă un efect anxiolitic indirect, prin creșterea frecvenței reacțiilor pozitive din partea celorlalți, care, la rândul său, va spori motivația individului pentru a se expune întâlnirilor cu ceilalți, deși acestea îi provoacă anxietate.

Modelarea joacă un rol important în învățarea pacienților anxioși să se implice într-un comportament interpersonal mai eficient. Terapeutul demonstrează abilitatea care urmează să fie învățată și apoi discută cu pacientul cum trebuie să exerseze comportamentul respectiv. Deși explicațiile didactice ale noilor comportamente sunt importante, nimic nu poate înlocui

interpretarea în sine a reacției. De exemplu, o persoană suferind de anxietate socială avea tendința de a vorbi prea repede atunci când conversa la serviciu. Deşi acest lucru îi asigura îndepărtarea mai rapidă dintr-o interacțiune socială anxiogenă, interfera cu calitatea comunicării şi îi intensifica de fapt anxietatea subiectivă. Această accelerare a vorbirii s-a manifestat şi în şedința de terapie. Terapeutul a reuşit să întrerupă conversația, să evidențieze faptul că vorbirea ei devenea tot mai rapidă şi apoi să-i demonstreze un ritm mai adecvat pentru vorbire. Modelarea aceasta a condus în mod natural la faza următoare a intervenției pentru modificarea comportamentului.

Repetiția comportamentală este, într-adevăr, ingredientul terapeutic esențial al intervențiilor directe pentru modificarea comportamentală. Sunt organizate jocuri de rol în timpul şedințelor, iar pacienții exersează noul comportament în diverse situații posibile. Terapeutul poate să înceapă prin modelarea în jocul de rol a comportamentului țintă pentru procesul de modificare, cum ar fi inițierea unei conversații cu un străin, formularea unei solicitări, păstrarea contactului vizual, refuzul de a răspunde unei solicitări nerezonabile şi altele. Apoi clientul este rugat să exerseze comportamentul în cadrul jocului de rol. În timpul jocului de rol, terapeutul oferă îndrumări sub forma *feedback-ului corectiv*, precum şi *recompense şi încurajări* pentru încercările de a realiza comportamentul țintă. Din cauză că mulți indivizi nu se simt în largul lor atunci când joacă un rol, iar aceste şedințe, care cuprind experimentele comportamentale, li se par plictisitoare, este important să se păstreze o atmosferă plăcută sau lejeră şi să se folosească umorul, pentru a-i ajuta pe pacienți să se simtă relaxați. În tratarea fobiei sociale se pot folosi jocuri de rol înregistrate video în timpul şedinței cu terapeutul şi cu pacientul sau cu alți „actori", pentru a ajuta repetiția comportamentală (de exemplu, Antony şi Swinson, 2000a; D.M. Clark, 2001). În cazurile acestea, terapeutul oferă feedback şi face unele critici în timp ce vizionează caseta împreună cu pacientul.

Beck şi colab. (1985, 2005) observă, de asemenea, faptul că, în timpul repetiției comportamentale, pot fi puse în evidență gânduri şi convingeri disfuncționale importante. După ce se identifică aceste gânduri automate şi convingeri, ele trebuie abordate prin strategii de restructurare cognitivă. De exemplu, în timpul unei repetiții comportamentale țintite asupra contactului vizual cu o persoană suferind de fobia socială, terapeutul a observat că pacientului îi era foarte greu să mențină contactul vizual. Jocul de rol a fost întrerupt şi terapeutul l-a întrebat pe pacient „Ce ți-a trecut prin minte acum, în timpul jocului de rol?". Pacientul a afirmat că se gândea „Îl privesc fix pe omul acesta; o să se enerveze dacă îl mai privesc aşa fix." Astfel, pacientul şi-a îndreptat automat privirea în altă direcție, ceea ce a însemnat că nu a executat corect exercițiul de repetiție comportamentală. Identificarea şi corectarea cognițiilor eronate apărute în timpul repetiției comportamentale constituie o modalitate importantă de folosire a acestei strategii în terapia cognitivă pentru anxietate.

Eficacitatea oricărei intervenții de modificare comportamentală va depinde de continuarea repetiției comportamentale cu exersarea sistematică şi repetată a acestor noi abilități în *temele de casă bazate pe expunerea in vivo*. Aşa

cum este cazul cu orice tip de intervenție, capacitatea de a generaliza şi de a reține orice lucru învățat în timpul şedinței de terapie depinde de efectuarea temelor de casă. De asemenea, indivizii ar trebui să-şi automonitorizeze temele de casă comportamentale, notându-şi situațiile în care au exersat noul comportament, nivelul anxietății, rezultatul şi evaluarea performanței. În şedința în care se va urmări evoluția pacientului, terapeutul va analiza formularul cu automonitorizarea temei de casă. El va lăuda exemplele de modificare comportamentală pozitivă, iar cognițiile sau răspunsurile comportamentale problematice vor constitui ținta intervențiilor ulterioare.

Instructiuni pentru clinician 7.7

Intervențiile directe de modificare comportamentală sunt deseori folosite în terapia cognitivă, pentru a corecta deficitul de performanță în funcționarea socială, care poate exacerba retragerea şi izolarea de ceilalți şi poate interfera cu participarea pacientului la temele importante de expunere dintre şedințele de terapie.

ANTRENAMENTUL DE RELAXARE

Exercițiile de relaxare au un istoric lung şi respectabil în terapia comportamentală pentru anxietate. La un moment dat, ele au fost elementul central al tratamentului comportamental pentru anxietate şi erau considerate esențiale pentru inhibarea reacțiilor anxioase condiționate (Wolpe şi Lazarus, 1966). Recent, terapeuții cognitivişti-comportamentalişti şi-au exprimat îndoiala în legătură cu oportunitatea şi eficacitatea terapiei relaxării pentru anxietate. White şi Barlow (2002), de exemplu, susțin că orice comportament care reduce la minimum simptomele fiziologice ale panicii sau care oferă posibilitatea fugii/distragerii din fața acestor simptome ar fi dezadaptativ. Învățarea indivizilor de a se relaxa prin relaxarea musculară progresivă sau prin retrainingul respirației ar putea submina expunerea şi ar echivala cu „învățarea evitării ca strategie de coping" (White şi Barlow, 2002, p. 317). Din multe puncte de vedere, exercițiile de relaxare sunt incompatibile şi cu obiectivele TC pentru anxietate. Testarea empirică a ipotezei pentru estimările şi convingerile eronate se bazează pe expunerea la situații de anxietate cu scopul de a strânge informațiile care le infirmă. Dacă se apelează la relaxare de fiecare dată când persoana resimte anxietate, atunci persoana respectivă va rata posibilitatea de a afla că îngrijorările sale anxioase au fost nefondate. În felul acesta, relaxarea ca reacție de gestionare a anxietății va submina eficacitatea terapiei cognitive.

Prin urmare, care este locul trainingului relaxării în terapia cognitivă a anxietății? Noi recomandăm tehnicile de relaxare doar ca intervenție complementară, dacă nivelul anxietății individului este atât de ridicat încât acesta refuză orice tip de expunere sau dacă nu tolerează nici cel mai scăzut nivel de anxietate. În astfel de cazuri, antrenamentul de relaxare poate fi învățat cu scopul de a reduce nivelul anxietății, astfel încât individul să poată

participa la exercițiile de expunere și la alte experimente comportamentale concepute pentru modificarea estimărilor și a convingerilor eronate despre amenințare, despre vulnerabilitate și despre nevoia de siguranță. Pentru terapeutul cognitivist, dezactivarea schemelor cognitive ale fricii este considerată esențială pentru reducerea de lungă durată a anxietății, și nu dobândirea unei strategii de coping prin relaxare.

În ciuda acestor rezerve de natură conceptuală, trainingul relaxării continuă să fie considerat o intervenție eficace pentru inhibarea tensiunii fizice a anxietății (de exemplu, Bourne, 2000; Craske și Barlow, 2006). Oricum, cercetările empirice indică faptul că trainingul relaxării are un rol mult mai limitat decât se preconizase în tratarea anxietății. Relaxarea musculară progresivă, de exemplu, este în continuare un ingredient terapeutic important în protocoalele TCC pentru TAG (de exemplu, Brown, O'Leary și Barlow, 2001; vezi Conrad și Roth, 2007, pentru analiza statutului empiric) și pentru TSPT (Foa și Rothbaum, 1998), dar pare să aibă o valoare mai scăzută pentru anxietatea socială (Heimberg și Juster, 1995) și TOC (Foa și colab., 1998; Steketee, 1993), prezentând, în cel mai bun caz, rezultate mixte pentru tulburarea de panică (vezi D.M. Clark, 1997; Craske și Barlow, 2001, pentru treceri în revistă).

Relaxarea musculară progresivă

În 1938, Edmund Jacobson a publicat lucrarea despre relaxare care se baza pe o teorie oarecum unică a anxietății. Jacobson susținea faptul că experiența esențială a anxietății este tensiunea musculară care produce contractarea sau scurtarea fibrelor musculare. Pentru reducerea acestei tensiuni și a anxietății subiective, a fost introdusă relaxarea musculară progresivă (RMP), ca metodă prin care se elimină tensiunea prin prelungirea fibrelor musculare (Jacobson, 1968; vezi, de asemenea, Bernstein și Borkovec, 1973). Prin contractarea și relaxarea sistematică a diverselor grupe de mușchi, Jacobson a descoperit că, practic, contracțiile musculare pot fi eliminate și se poate induce o stare de relaxare profundă. Singura problemă pe care o ridica această metodă de relaxare era aceea că solicita un timp extrem de îndelungat, impunând 50-200 de ședințe de training (vezi Wolpe, 1958; Wolpe și Lazarus, 1966).

Procedura de relaxare a lui Jacobson a fost adoptată și rafinată de către pionierii terapiei comportamentale, devenind o reacție incompatibilă care poate inhiba frica și anxietatea. Din lucrările lui Jacobson, Wolpe (1958) a ajuns la concluzia că metoda acestuia de relaxare ar avea efecte de contracarare a anxietății, deoarece indivizii erau învățați să folosească relaxarea diferențiată în viața de zi cu zi, relaxând grupe musculare care nu erau folosite în mod direct. Acest lucru conduce la inhibarea reciprocă a oricăror stimuli evocatori ai anxietății și, prin repetare, se dezvoltă treptat o inhibiție condiționată a reacției de anxioase. Wolpe (1958) a introdus două modificări majore pentru creșterea eficacității și a eficienței relaxării diferențiate. Întâi, a reușit să reducă în mod drastic numărul ședințelor de training al relaxării la șase ședințe a câte

20 de minute și la 2 ședințe a câte 15 minute de exerciții practice zilnice acasă (Wolpe și Lazarus, 1966). În al doilea rând, în ședințele ulterioare relaxarea a fost îmbinată cu evocarea treptată în imaginar a stimulului fricii în cadrul unei metode de tratament denumite *desensibilizare sistematică*. Rezultatul a fost introducerea unui tratament comportamental deosebit de eficace pentru frică și pentru fobii.

Inducerea relaxării profunde a devenit un instrument esențial în arsenalul terapeutului comportamentalist pentru inhibarea anxietății. Wolpe a descoperit că efectele relaxării la nivelul sistemului nervos autonom pot contracara doar o reacție anxioasă slabă, dar după ce un stimul slab nu mai provoacă anxietate, un stimul ușor mai puternic poate fi combinat în mod repetat cu relaxarea, până când și acesta, la rândul său, va înceta să provoace anxietate (Wolpe și Lazarus, 1966). Treptat, prin prezentări repetate, relaxarea profundă va inhiba reacții anxioase tot mai puternice, până când situația care provoacă anxietatea cea mai intensă nu va mai induce anxietatea.

Contractarea și relaxarea sistematică a unor grupe specifice de mușchi, inițiată de către Edmund Jacobson, este în continuare abordarea cea mai comună pentru trainingul relaxării folosit în TCC. Pacienții sunt îndemnați să-și contracte un anumit grup de mușchi „cât pot de tare, fără să-și provoace durere", să rămână așa timp de 5-7 secunde, să observe tensiunea din grupa de mușchi și apoi să se relaxeze și să urmărească senzația de relaxare care apare după eliberarea contracției (Bernstein și Borkovec, 1973). Scopul acestui ciclu „contracție-relaxare" este acela de a facilita detectarea tensiunii și de a crește capacitatea pacientului de a discrimina senzațiile de tensiune și cele de relaxare. Deși există mai multe variante de RMP, noi prezentăm un protocol pentru un grup de 10 mușchi în Tabelul 7.5. Acesta poate fi învățat la început și derivă din protocoale mai lungi descrise în Bernstein și Borkovec (1973) și Cautela și Groden (1978).

Motivație și instrucțiuni

Înaintea începerii ședinței de training al relaxării este important să se ofere o argumentație pentru folosirea acestei proceduri. Iată o explicație posibilă și un set de instrucțiuni pentru RMP care pot fi folosite cu pacienții. (Pentru alte exemple de argumente și instrucțiuni utile în RMP, vezi Bernstein și Borkovec, 1973; Bourne, 2000; Cautela și Groden, 1978; Craske și Barlow, 2006; Foa și Rothbaum, 1998; Goldfried și Davison, 1976.)

„Astăzi vă voi învăța cum să folosiți relaxarea pentru a vă gestiona anxietatea. Procedura aceasta, numită relaxare musculară profundă a fost introdusă în urmă cu 75 de ani de către un psiholog de la Universitatea Harvard, dr. Edmund Jacobson. El a descoperit că indivizii pot învăța să-și inducă o stare de relaxare profundă prin contractarea și apoi relaxarea unor grupe specifice de mușchi. Partea importantă a acestei proceduri constă în faptul că învățați să deosebiți starea de tensiune de starea de relaxare, astfel că veți fi antrenați să acordați o atenție specială senzațiilor emoționale și fizice asociate stării de tensiune și apoi de relaxare a mușchilor. Vă amintiți, din ședința anterioară de evaluare, că unul dintre

simptomele anxioase pe care le-ați observat a fost tensiunea musculară? Ați putea să-mi descrieți din nou felul în care o resimțiți? [Rugați-l pe pacient să vă descrie disconfortul asociat tensiunii fizice sau încordării atunci când este anxios.] Când vă aflați sub tensiune, anumiți muşchi ai corpului se contractă; cu alte cuvinte, fibrele musculare se contractă de fapt, producând senzația aceea de încordare. Relaxarea musculară progresivă este o tehnică prin care se întrerupe procesul anxietății prin relaxarea muşchilor. Ea inversează literalmente unul dintre simptomele principale ale anxietății, încordarea fizică, prin eliberarea contracturii sau a tensiunii musculare nedorite. După ce veți reuşi să stăpâniți tehnica prin care induceți relaxarea profundă, veți putea să o folosiți în diverse situații pentru a întrerupe creşterea nivelului anxietății."

„Cea mai bună modalitate de a învăța relaxarea musculară profundă este prin demonstrație, prin antrenament şi prin practică. Vă voi ruga să încordați anumite grupe musculare, să mențineți tensiunea timp de 5-7 secunde şi apoi să o eliberați. Vă voi învăța cum să încordați şi să relaxați diverşi muşchi. În timpul procedurii, vă voi indica să vă concentrați asupra senzațiilor de încordare şi de relaxare. Aceasta este o parte deosebit de importantă a tehnicii, deoarece trebuie să învățați cum este să te simți relaxat. Vom începe prin exerciții de încordare şi relaxare pentru 10 grupe diferite de muşchi şi întreaga procedură va dura aproximativ 20 de minute. O să vă rog să încordați şi apoi să relaxați anumiți muşchi. De exemplu, să încercăm rapid procedura cu fiecare muşchi, pentru a înțelege care este rezultatul aşteptat. Întindeți brațul drept în față, strângeți pumnul şi rămâneți în această poziție. Observați o tensiune sau o încordare la nivelul brațului? [Rugați-l pe pacient să vă indice dacă simte tensiunea la nivelul mâinilor, în antebraț, în cot sau în biceps.] Acum încordați din nou brațul şi, de data aceasta, eliberați tensiunea lăsând brațul să vă cadă înapoi în poală, cu brațul îndoit uşor din cot. Ce simțiți acum? [Pacientul este îndemnat să descrie senzația de relaxare la nivelul brațului.]Acum vă voi demonstra cum să încordați şi să relaxați celelalte 9 grupe de muşchi. Vă rog să priviți cum procedez eu şi apoi să încercați singur. Vă previn că o să ne strâmbăm cam caraghios pentru a încorda muşchii faciali. Sunteți de acord cu aceasta? [Terapeutul demonstrează apoi încordarea şi relaxarea muşchilor după Tabelul 7.5.]

TABELUL 7.5. Protocol pentru relaxare musculară progresivă pentru 10 grupe de mușchi

Grupă de mușchi	Procedeul încordare-relaxare
1. Brațul dominant	„Întindeți brațul drept (adică dominant) drept în față, strângeți pumnul și încordați tot brațul, de la mână până la umăr. Observați tensiunea din biceps, antebraț, cot, încheietura mâinii și din degete. Apoi relaxați-vă, îndoind brațul de la cot și așezându-l în poală."
2. Brațul nedominant	„Întindeți brațul stâng (adică nedominant) drept în față, strângeți pumnul și încordați tot brațul, de la mână până la umăr. Observați tensiunea din biceps, antebraț, cot, încheietura mâinii și din degete. Apoi relaxați-vă îndoind brațul de la cot și așezându-l în poală."
3. Fruntea	„Încrețiți fruntea înălțând sprâncenele cât puteți de sus, ridicați sprâncenele încordând zona frunții și a scalpului. Apoi relaxați-vă încet, coborând sprâncenele și observați eliberarea tensiunii din zona frunții."
4. Ochii și nasul	„Închideți ochii, strângeți-i puternic până când simțiți presiunea în jurul ochilor. În același timp încrețiți nasul, presând asupra feței. Observați tensiunea din jurul ochilor, a nasului și a părții superioare a obrajilor. Relaxați-vă încet, eliberați tensiunea din jurul ochilor și din jurul nasului atunci când nu țineți ochii strânși și nu încrețiți nasul. Rămâneți cu ochii închiși și concentrați-vă asupra senzației de relaxare din jurul ochilor și al nasului."
5. Maxilarul și gâtul	„Încordați regiunile gurii, maxilarului și gâtului mimând un rânjet exagerat, încleștați dinții și încordați-vă gâtul trăgând gura și bărbia înspre interior. Observați tensiunea mușchilor din jurul gurii, din jurul maxilarului și a părții din față a gâtului. Pe măsură ce slăbiți încordarea, concentrați-vă asupra senzației de relaxare în aceste zone ale feței și ale gâtului."
6. Umerii și spatele	„Îndreptați-vă în scaun, scoateți pieptul în afară și ridicați coatele trăgându-le spre spate, până când simțiți omoplații apropiindu-se. În același timp pieptul este împins în față. Observați tensiunea de la nivelul umerilor și a părții superioare a spatelui. Eliberați treptat tensiunea sprijinindu-vă ușor spatele de scaun, așezându-vă brațele în poală și permițând umerilor să-și reia poziția obișnuită. Concentrați-vă asupra eliberării tensiunii din zona umerilor și în jos, spre mijlocul spatelui."
7. Pieptul	„Încordați pieptul inspirând și apoi ținându-vă respirația. Simțiți tensiunea din piept în timp ce îl contractați și îl retrageți. În timp ce vă relaxați, concentrați-vă asupra senzației de eliberare pe care o resimțiți în zona mușchilor pieptului."
8. Abdomenul	„Încordați mușchii abdomenului, strângându-i până când îi simțiți tari asemeni unei scânduri. Observați tensiunea din zona abdomenului și încordarea acestuia. Pe măsură ce reduceți încordarea de la nivelul abdomenului, observați senzația de trecere de la tensiune la relaxare."
9. Piciorul dominant	„Ridicați piciorul drept (adică piciorul dominant) de la podea, întindeți-l complet în față, îndoiți degetele în interior, spre dumneavoastră și încordați tot piciorul cât puteți de tare. Observați tensiunea din picior, gambă, genunchi și coapse. Relaxați-vă treptat, coborând piciorul pe podea și îndoind ușor genunchiul, până când talpa este complet așezată pe podea. Observați senzația de relaxare care se răspândește acum pe toată lungimea piciorului."
10. Piciorul nedominant	„Ridicați piciorul stâng (adică piciorul nedominant) de la podea, întindeți-l complet în față, îndoiți degetele în interior, spre dumneavoastră și încordați tot piciorul cât puteți de tare. Observați tensiunea din picior, gambă, genunchi și coapse. Relaxați-vă treptat, coborând piciorul pe podea și îndoind ușor genunchiul, până când talpa este complet așezată pe podea. Observați senzația de relaxare care se răspândește acum pe toată lungimea piciorului."

Notă. Bazat pe Bernstein și Borkovec (1973) și Cautela și Groden (1978).

[După ce a demonstrat exercițiul de încordare-relaxare a celor 10 grupe de mușchi, terapeutul continuă prezentarea.] Este important să înțelegeți că relaxarea musculară profundă este o abilitate pentru dobândirea căreia este nevoie de multă practică. La fel ca mersul pe bicicletă sau conducerea automobilului, tehnica poate să vi se pară nefirească la început. Probabil nu vă veți simți prea relaxat. Cu toate acestea, cu cât exersați mai mult, cu atât va deveni mai ușor,iar dumneavoastră veți deveni tot mai priceput în inducerea unui nivel mai profund de relaxare. De asemenea, după ce stăpâniți tehnica celor 10 grupe de mușchi, vă voi învăța versiunea scurtă a relaxării musculare, pentru a putea să vă induceți relaxarea în câteva minute, oriunde și oricând. Dar pentru a ajunge la acel nivel, trebuie să exersați relaxarea de două ori pe zi, în reprize de câte 15 minute. Vă voi da un CD cu instrucțiuni pentru relaxare, care să vă ajute la exercițiile de acasă. De asemenea, o să vă rog să completați un Formular pentru relaxarea musculară progresivă săptămânală [vezi Anexa 7.4], pentru a vă putea monitoriza progresul. Aveți întrebări? OK, să începem atunci prima noastră ședință de training pentru relaxare."

Este important să accentuăm faptul că eficacitatea trainingului relaxării depinde de un loc de desfășurare favorabil. Bourne (2000) oferă câteva sugestii practice pentru optimizarea experienței relaxării. Alegeți un loc liniștit, o încăpere ușor luminată și un scaun sau o canapea confortabilă. Efectuați exercițiile când sunteți cu stomacul gol și slăbiți legăturile obiectelor de vestimentație strâmte. Dați-vă jos pantofii, ceasurile și ochelarii și țineți ochii închiși. Spuneți-i pacientului să adopte o atitudine pasivă, detașată, în care „lași totul în voie, gânduri, sentimente, comportament. Nu încerca să controlezi ceea ce gândești și nici să-ți evaluezi performanța. Pur și simplu «dă-ți drumul»și să nu-ți pese dacă execuți corect exercițiul." Dacă persoana nu reușește să-și relaxeze o anumită grupă de mușchi, trebuie să treacă la grupa următoare. Nu este nevoie ca toate grupele de mușchi să atingă același nivel de relaxare profundă. Subliniați faptul că este important să se exerseze de două ori pe zi câte 15 minute, preferabil la ore regulate.

Exemplul următor ilustrează modul în care trebuie antrenat un pacient pentru ciclul încordare-relaxare. Am ales grupul de mușchi ai stomacului, pentru a ilustra setul de instrucțiuni care trebuie folosit pentru fiecare grup de mușchi.

„Acum vă rog să încordați mușchii stomacului. Strângeți stomacul trăgându-l înăuntru, până când îl simțiți tare ca o scândură. ACUM, încordați mușchii stomacului [terapeutul folosește un ton ferm, de intensitate moderată]. MENȚINEȚI! Simțiți tensiunea, încordarea mușchilor stomacului, MENȚINEȚI, MENȚINEȚI! Concentrați-vă atenția asupra tăriei mușchilor stomacului [5-7 secunde după ACUM] Și acuuum RELAXAAAȚI! [Terapeutul lungește «acum relaxați» cu voce joasă, liniștitoare.] Lăsați toată tensiunea să scadă, să dispară din mușchi și observați diferența dintre senzația de încordare și cea de relaxare. Simțiți cum mușchii stomacului se relaxează tot mai mult. [Timp de 30-40 de secunde, terapeutul face observații sugestive referitoare la relaxare.] Vă

concentrați toată atenția asupra senzației plăcute de relaxare. Observați că mușchii stomacului sunt destinși, relaxați și moi, comparativ cu starea dură, rigidă și contractată atunci când i-ați încordat. Rămâneți concentrat asupra senzației de relaxare, în vreme ce trecem la piciorul drept."

În prima ședință de training de RMP este recomandabil să se repete de două ori cu fiecare grupă de mușchi înainte de a trece la setul următor. De asemenea, lăsați să se scurgă câteva secunde de liniște între grupele de mușchi, pentru ca întregul proces să nu fie prea rapid. În timpul fiecărei etape de relaxare, pacientul trebuie să repete încet „relaxează" sau „calm". Terapeutul poate să sugereze și o imagine plăcută la sfârșitul ședinței de relaxare pentru a amplifica senzația de relaxare profundă.

Varianta scurtă a RMP

Dacă RMP se dovedește utilă ca reacție de coping pentru anxietate în spațiul natural, pacienții trebuie să învețe rapid protocoale de relaxare mai scurte și mai eficace pe care le pot folosi oricând și oriunde. Dacă pacientul a reușit să-și însușească procedura relaxării profunde pentru 10 grupe de mușchi, după 2 săptămâni de exerciții zilnice, terapeutul poate continua cu un protocol pentru 4 grupe de mușchi, descris în Bernstein și Borkovec (1973). Acesta constă în următoarea procedură:

1. *Încordați și relaxați brațele* - se întind ambele brațe în față, îndoite de la cot la 45°. Strângeți pumnii și mențineți încordarea.
2. *Fața și gâtul* - toți mușchii feței și ai gâtului sunt încordați simultan printr-o încruntare, îngustând ochii, încrețind nasul, încleștând dinții, formând un rânjet exagerat și trăgând bărbia în jos, în piept.
3. *Pieptul și abdomenul* - inspirați adânc și apoi țineți-vă respirația în timp ce scoateți pieptul în afară, trageți umerii în spate, apropiind omoplații și strângeți stomacul.
4. *Ambele picioare* - ridicați ambele picioare de la podea, îndreptați degetele în sus și rotiți picioarele spre interior.

Dacă se poate realiza relaxarea musculară profundă după 2 săptămâni de exerciții zilnice, pacientul poate trece la stadiul final al RMP, relaxarea simplă. Aici, partea de încordare a exercițiului este exclusă și pacientul se concentrează doar asupra eliberării tensiunii în diverse grupe de mușchi, începând cu vârful capului și continuând spre degetele de la picioare (Taylor, 2000). După ce au exersat relaxarea musculară profundă cel puțin o lună, indivizii sunt atât de obișnuiți cu starea de relaxare, încât reușesc să se simtă relaxați doar prin reamintire (Bernstein și Borkovec, 1973). Când li se cere să elibereze tensiunea din grupe musculare specifice, ei vor putea face acest lucru doar amintindu-și starea anterioară de relaxare. În relaxarea simplă, pacientul este îndrumat întâi să respire calm și apoi să-și relaxeze diverși mușchi ai feței, ai gâtului, umerilor, brațelor, stomacului, spatelui și ai picioarelor (vezi Öst, 1987a, pentru instrucțiuni detaliate). Din nou, indivizii trebuie să

exerseze relaxarea simplă de două ori pe zi, timp de cel puțin o săptămână. Protocolul poate fi înregistrat, pentru a fi folosit în exercițiile de acasă și apoi se poate renunța la el, după ce pacientul și-a însușit această abilitate (Taylor, 2000). Pacienții care stăpânesc tehnica de relaxare simplă stăpânesc în același timp o abilitate de coping pe care o pot folosi în aproape orice situație care presupune apariția naturală a anxietății. Este o tehnică extrem de mobilă și de eficientă care îi permite individului să ajungă în starea de relaxare în 5-7 minute (Öst, 1987a).

Instructiuni pentru clinician 7.8

Relaxarea musculară progresivă este o intervenție complementară care poate fi folosită de către terapeutul cognitivist ca training preliminar al abilităților pentru reducerea nivelurilor extreme ale anxietății, pentru ca pacientul să se implice în expunerea auto-dirijată sau pentru a le oferi strategii de coping indivizilor cu o intoleranță severă la anxietate. Orice training de relaxare trebuie însă monitorizat cu atenție, pentru a vă asigura că nu este folosit pentru evitarea anxietății sau pentru a submina beneficiile experimentului comportamental bazat pe expunere.

Relaxarea aplicată

Relaxarea aplicată (RA) este un program de tratament de 8-10 săptămâni dezvoltat de către Lars-Göran Öst (1987a) la Centrul pentru Cercetare Psihiatrică al Universității din Uppsala, Suedia. Este o formă de training al relaxării treptată, sistematică și intensivă care pornește de la RMP și, prin relaxarea pe baza controlului amorsei, duce la aplicarea abilităților de relaxare rapidă în anxietatea generată în situații naturale. Deoarece stadiul final al RA presupune efectuarea de exerciții în timpul ședinței și între ședințele de terapie, pentru a aplica relaxarea în situații anxiogene, RA cuprinde, de fapt, expunere situațională și interoceptivă de scurtă durată și, astfel, nu poate fi considerată o intervenție pentru anxietate bazată exclusiv pe relaxare (Taylor, 2000). Cu toate acestea, ceea ce face ca RA să fie considerată o metodă de interes este conceptualizarea sa în termenii unei perspective de coping în fața anxietății și dovezile empirice ale eficacității sale, în special în TAG (de exemplu, vezi metaanaliza efectuată de Gould, Safren, Washington și Otto, 2004). Öst (1987a) a afirmat că scopul RA este acela de a-i învăța pe indivizi să recunoască primele semne ale anxietății și să învețe cum să se confrunte cu aceasta, în loc să se simtă copleșiți de propria stare anxioasă. Tabelul 7.6 prezintă etapele procedurii RA conform descrierii lui Öst (1987a).

Öst (1987a) a trecut în revistă 18 studii clinice controlate efectuate în propriul laborator, în care s-a folosit RA. El a ajuns la concluzia că 90-95% dintre indivizi au reușit să-și însușească abilitățile pentru relaxare, iar cazurile în care s-a folosit RA i-au dovedit eficacitatea, prin comparație cu cazurile în care nu a fost administrat niciun fel de tratament sau în care nu s-a administrat un tratament specific. Cele mai elocvente dovezi empirice ale eficacității

RA au fost obținute în experimentele clinice pentru TAG. În diverse studii controlate, RA a produs efecte semnificative la finalul tratamentului în TAG, facilitând menținerea progresului care s-a observat la evaluările ulterioare; aceste efecte le-au egalat pe cele ale terapiei cognitive (Arntz, 2003; Borkovec şi Costello, 1993; Borkovec, Newman, Lytle şi Pincus, 2002; Öst şi Breitholz, 2000). Cu toate acestea, Butler, Fennell, Robson şi Gelder (1991) au constatat că RMP standard este mai puțin eficace decât terapia cognitivă pentru TAG şi doar puțin mai eficace decât situația de a fi în grupul de control de pe lista de aşteptare. Mai mult decât atât, D.M. Clark şi colegii săi au constatat că terapia cognitivă este într-o oarecare măsură superioară RA, în tratamentul tulburării de panică (D.M. Clark şi colab., 1994) şi că este, în mod clar, superioară combinației dintre RA şi expunere în tratamentul anxietății sociale (D.M. Clark, Ehlers, Hackmann, McManus, Fennell şi colab., 2006). Öst şi Westling (1995), pe de altă parte, au constatat că TCC şi RA sunt la fel de eficace în tratamentul tulburării de panică. În concluzie, se pare că RA este un tratament alternativ pentru TAG, care are rezultate echivalente cu cele ale terapiei cognitive, dar eficiența sa în cazul altor tulburări de anxietate rămâne incertă.

TABELUL 7.6. Protocolul de tratament pentru relaxarea aplicată

Ședințe	Intervenție	Instrucțiuni
Ședința 1	Psihoeducație	Explicați natura anxietății, argumentele în favoarea folosirii RA, tema de casă cu gradarea sarcinilor de identificare şi de înregistrare a simptomelor anxietății.
Ședințele 1-4	RMP pentru 14 grupe musculare	Relaxare completă a corpului bazată pe protocolul RMP pentru 14 grupe de muşchi, conceput de Wolpe şi Lazarus (1966). Recomandarea efectuării exercițiilor acasă, de două ori pe zi.
Ședințele 5-6	Relaxarea simplă	Învățați pacientul relaxarea directă a grupelor de muşchi, fără instrucțiuni pentru contractarea acestora. Reduceți perioada de inducere a relaxării la 5-7 minute. Este nevoie de 1-2 ședințe, însoțite de exercițiile zilnice efectuate acasă.
Ședințele 6-7	Relaxarea prin controlarea amorsei	Scopul este acela de a crea asocierea condiționată între cuvântul „relaxare"şi starea de relaxare. Ne concentrăm asupra controlului respirației, relaxarea indusă doar prin metoda detensionării şi cu rostirea simultană cu fiecare expirație a cuvintelor „mă relaxez", în mod repetat. Exercițiile pentru acasă trebuie efectuate timp de 1-2 săptămâni.
Ședințele 8-9	Relaxarea diferențiată	Scopul este acela de a-i învăța pe indivizi să se relaxeze în alte situații, cum ar fi şezând la un birou sau plimbându-se şi de a elibera tensiunea din muşchii care nu sunt folosiți într-o activitate.
Ședința 10	Relaxarea rapidă	Învățați-l pe pacient să se relaxeze în 20-30 de secunde în mai multe situații zilnice nestresante prin controlul respirației, prin concentrarea asupra gândului „mă relaxez" şi prin examinarea întregului corp pentru depistarea încordării şi pentru detensionare prin relaxare.
Ședințele 11-13	Aplicarea trainingului	Expunerea scurtă (10-15 minute) la situații anxiogene *in vivo* foarte diverse, la senzații fizice (adică hiperventilație, exerciții fizice) sau la imagerie, pentru a exersa relaxarea aplicată ca reacție de coping față de anxietate.
Ședințele 14-15	Programul de întreținere	Pacientul este încurajat să-şi verifice corpul cel puțin o dată pe zi şi să execute un exercițiu de relaxare rapidă pentru a îndepărta orice încordare. Relaxarea diferențiată şi rapidă trebuie practicate de două ori pe săptămână în mod regulat.

Instructiuni pentru clinician 7.9

Relaxarea aplicată (RA) este un protocol de training al relaxării treptate, intensive şi sistematice care se poate dovedi eficace în tratamentul TAG, deşi este mai puţin eficace pentru alte tulburări de anxietate. RA este o alternativă viabilă a terapiei cognitive pentru TAG, atunci când aceasta din urmă nu este acceptabilă pentru pacient.

Trainingul pentru controlul respirației

Controlul respirației este considerat o formă de relaxare, care este inclusă deseori între metodele de relaxare pentru cazurile de stres şi de anxietate (de exemplu, Bourne, 2000; Cautela şi Groden, 1978). Indivizii încep deseori să respire rapid şi superficial atunci când se confruntă cu situații anxiogene sau stresante. Procedurile de control al respirației îi ajută să devină mai conştienți de respirația aceasta disfuncțională şi să o înlocuiască cu o respirație diafragmatică mai lentă, de aproximativ 8-12 respirații pe minut. Această frecvență mai lentă, mai profundă a respirației transmite o senzație mai puternică de relaxare, reducând starea anxioasă. Este o strategie de intervenție rapidă şi destul de simplă, care le poate oferi indivizilor anxioşi un sentiment limitat de control asupra stării emoționale. Deoarece controlul respirației este folosit cel mai mult în TCC pentru tulburarea de panică, în capitolul următor vom prezenta mai detaliat această procedură.

Instructiuni pentru clinician 7.10

Controlul respirației este o strategie relativ rapidă şi simplă de relaxare, care poate fi folosită pentru a contracara respirația superficială prea accelerată care contribuie deseori la amplificarea anxietății. În anii din urmă, cercetarea clinică s-a îndreptat asupra studierii rolului controlului respirației, mai ales în tratamentul tulburării de panică.

REZUMAT ŞI CONCLUZII

Intervențiile comportamentale joacă un rol esențial în terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate. De fapt, este greu de imaginat un tratament cognitiv eficace pentru anxietate care să nu includă o componentă comportamentală importantă. Există o literatură empirică vastă, care demonstrează eficacitatea intervențiilor de expunere în tratamentul tuturor tipurilor de teamă şi de anxietate. Atunci când sunt folosite ca ingredient terapeutic pentru terapia cognitivă, exercițiile bazate pe expunere oferă formele cele mai solide de informație corectivă referitoare la estimările şi la convingerile eronate privind amenințarea şi vulnerabilitatea care întrețin anxietatea ridicată. Expunerea, sub forma experimentelor pentru testarea empirică a ipotezei, trebuie să

constituie punctul central pentru toate intervențiile terapeutice cognitive menite să trateze tulburările de anxietate.

În intervențiile cognitive pentru anxietate, trebuie să se acorde o atenție sporită prevenirii reacției dezadaptative de coping şi corectării cognițiilor şi a comportamentelor orientate către căutarea siguranței (de exemplu, D.M. Clark şi colab., 1999; Salkovskis, Clark şi Gelder, 1996). Fără o intervenție care reduce în mod direct tendința de a recurge la indici ai siguranței şi la reacții de coping, este probabil ca orice diminuare a anxietății să fie incompletă şi să-l expună pe pacient riscului recidivei.

Rolul trainingului relaxării în tratamentul tulburărilor de anxietate continuă să genereze numeroase dezbateri. Tradiția îndelungată a învățării relaxării musculare progresive pentru reducerea anxietății poate să aibă în continuare o oarecare eficacitate în tratamentul TAG şi probabil şi în tulburarea de panică, mai ales atunci când este folosit protocolul mai sistematic şi mai intens de relaxare aplicată. Cu toate acestea, trainingul relaxării pentru TOC şi pentru fobia socială nu este susținut empiric, deşi acesta poate avea o anumită utilitate în TSPT, pentru persoanele suferind de anxietate generalizată ridicată. Controlul respirației este deseori folosit pentru tratamentul tulburării de panică dar, după cum vom discuta în capitolul următor, eficacitatea sa terapeutică este îndoielnică. În Anexa 7.5, oferim un Rezumat pentru consultare rapidă (RCR), în care prezentăm pe scurt intervențiile comportamentale utile pentru tratarea tulburărilor de anxietate.

ANEXA 7.1

Ierarhia situațiilor anxiogene în cadrul procedurii de expunere

Numele: ______________________________________ Data: ______________

Instrucțiuni: Scrieți pe o foaie simplă de hârtie 15-20 de situații, obiecte, senzații fizice sau gânduri/imagini intruzive care sunt relevante pentru îngrijorările dumneavoastră anxioase. Selectați experiențe care aparțin întregii game, pornind de la acelea care declanșează doar anxietate și evitare reduse și până la experiențe care induc anxietate și evitare moderate și apoi severe. Apoi, așezați aceste experiențe în ordine crescătoare, de la cea mai puțin anxiogenă sau cea care induce evitarea cea mai redusă, până la cea mai anxiogenă sau cel mai intens evitată. Copiați lista în coloana a doua a acestui formular. În prima coloană, notați nivelul de anxietate așteptat pentru fiecare experiență. În coloana a treia, scrieți care este gândul anxiogen esențial asociat fiecărei situații, dacă acesta vă este cunoscut.

CEL MAI PUȚIN



CEL MAI MULT

A. Nivelul așteptat de anxietate/evitare (0-100)	B. Descrieți pe scurt situația, obiectul, senzația anxiogenă/evitată sau gândul/imaginea intruzivă.	C. Notați gândul anxios sau aprehensiv cel mai pregnant asociat experienței descrise în această rubrică.
1.		
2.		
3.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

ANEXA 7.2

Jurnalul pentru exercițiile de expunere

Numele: ______________________________ Data: ____________

Instrucțiuni: Păstrați un jurnal în care să notați ședințele zilnice de expunere, conform acestui formular. Asigurați-vă că ați notat nivelul anxietății estimat la începutul, la mijlocul și la sfârșitul exercițiului de expunere, precum și tipul exercițiului de expunere și durata sa.

Data și ora	**Exercițiul de expunere**	**Durata (minute)**	**Anxietatea inițială** (0-100)	**Anxietatea la mijlocul duratei exercițiului** (0-100)	**Anxietatea în momentul final** (0-100)

ANEXA 7.3

Jurnalul pentru prevenția răspunsului

Numele: ______________________________ Data: ____________

Instrucțiuni: Înregistrați în acest formular ședințele zilnice în care exersați prevenirea răspunsului. Verificați dacă ați înregistrat momentul inițial și ultimul moment în care ați resimțit „impulsul de a vă angaja în reacția de răspuns”, precum și nivelul anxietății.

Data și ora	**Descrieți răspunsul care a fost prevenit.**	**Impulsul inițial de a vă angaja în răspuns** (0-100)	**Anxietatea inițială** (0-100)	**Momentul când nu ați mai resimțit impulsul de a vă angaja în răspuns** (0-100)	**Nivelul anxietății în momentul final** (0-100)

Enumerați „strategiile de blocare” folosite pentru prevenția răspunsului:

____

____

____

ANEXA 7.4

Fişa exerciţiilor săptămânale de relaxare musculară progresivă

Numele: ______________________________ Data: ______________

Instrucţiuni: Trebuie să se programeze două şedinţe zilnice a câte 15 minute de relaxare. Folosiţi tabelul de mai jos, pentru a înregistra progresul pe care îl realizaţi în atingerea unei stări de relaxare pentru fiecare grupă de muşchi. Bifaţi (✓), dacă aţi reuşit să relaxaţi un grup de muşchi în timpul unei şedinţe şi notaţi cu (X), dacă a fost dificil să relaxaţi grupul de muşchi. În partea de jos a coloanei, notaţi evaluarea nivelului general al relaxării atins în şedinţa respectivă între 0 („nu am reuşit deloc să mă relaxez"), 50 („relaxare moderată, dar am fost conştient de o oarecare tensiune") până la 100 („am fost atât de relaxat, încât am adormit").

Ziua săptămânii:	Ziua 1		Ziua 2		Ziua 3		Ziua 4		Ziua 5		Ziua 6		Ziua 7	
Şedinţa:	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1.Braţul dominant														
2.Braţul nedominant														
3. Fruntea														
4. Ochii şi nasul														
5. Maxilarul şi gâtul														
6. Umerii şi spatele														
7. Pieptul														
8. Abdomenul														
9. Piciorul dominant														
10. Piciorul nedominant														
11. Evaluaţi nivelul general de relaxare (0-100)														

ANEXA 7.5

Rezumat de consultare rapidă a Capitolului 7: Intervenții comportamentale

I Adoptarea unei perspective cognitive

1. **Argumentaţie** – bazată pe Figura 6.1 (fişa pacientului cu prezentarea modelului terapiei cognitive), explicaţi folosirea exerciţiului comportamental pentru examinarea validităţii gândurilor anxioase şi a alternativelor lor.
2. **Identificaţi gândul ţintă** – notaţi gândul anxios care urmează să fie modificat cu ajutorul exerciţiului comportamental.
3. **Reţeta comportamentală** – scrieţi instrucţiuni specifice cu privire la rezolvarea exerciţiului, precizaţi gândurile care urmează să fie evaluate şi care sunt criteriile pentru evaluarea rezultatului.
4. **Automonitorizarea** – pacientul îşi notează cum s-a desfăşurat exerciţiul, rezultatul acestuia, nivelul anxietăţii, gândurile automate, dovezile pro şi contra gândurilor ţintă.
5. **Evaluarea** – evaluarea detaliată a rezultatului exerciţiului; analiza formularului conţinând automonitorizarea; formularea concluziilor în legătură cu gândul (convingerea) ţintă şi cu alternativa sa; redactarea unui rezumat al exerciţiului sub forma unui „card de coping".

II. Expunerea gradată

1. Pentru **expunerea situaţională**, revedeţi Formularul pentru analiza situaţională (Anexa 5.2) şi aranjaţi în ordine ierarhică situaţiile anxiogene, de la cele uşor anxiogene la cele intens anxiogene.
2. Începeţi cu o situaţie care provoacă anxietate moderată; demonstraţi întâi expunerea în cadrul şedinţei de terapie.
3. Obţineţi evaluări ale anxietăţii pe o scală de la 0 la 100 înainte de expunere, din 10 în 10 minute în timpul expunerii şi în final, la terminarea exerciţiului.
4. Repartizaţi exerciţii de expunere ca temă de casă, cel puţin 30-60 de minute în fiecare zi. Folosiţi Jurnalul pentru exerciţiile de expunere (Anexa 7.2), pentru a înregistra rezultatul.
5. **Expunerea în imaginar** începe cu elaborarea unui scenariu al fricii, urmat de o demonstraţie în cadrul şedinţei de terapie şi, apoi, de o temă de casă bazată pe expunere de 30 de minute zilnic. Atunci când este prezentă evitarea cognitivă, trebuie să luăm în considerare trainingul habituării prin stimuli auditivi.
6. **Expunerea la senzaţiile corporale** trebuie demonstrată extensiv în timpul şedinţelor de terapie, înainte de a fi repartizată ca temă de casă. Tabelul 8.8 (capitolul despre tulburarea de panică) oferă o descriere a diverselor exerciţii interoceptive.

III. Prevenţia răspunsului

1. **Identificaţi strategiile dezadaptative cognitive şi comportamentale de coping** sau alte forme de neutralizare (vezi Formularul de verificare a reacţiilor comportamentale la anxietate, Anexa 5.7 şi Formularul de verificare a reacţiilor cognitive la anxietate, Anexa 5.9).
2. Oferiţi **justificarea tratamentului** pentru prevenirea răspunsului.
3. Învăţaţi-l pe pacient să folosească **„strategii de blocare"** (de exemplu, formule autoeducative de coping, răspunsuri opuse, intenţia paradoxală, încurajarea).

4. Dezvoltaţi **strategii alternative de coping** pentru anxietate.
5. Modificaţi **cogniţiile problematice**.
6. **Înregistraţi şi evaluaţi** succesul intervenţiei folosind Jurnalul pentru prevenirea răspunsului (Anexa 7.3)

IV. **Alte intervenţii comportamentale**

1. **Modificarea comportamentală directă** presupune învăţarea unor comportamente specifice, care sporesc eficacitatea personală prim metode de instruire didactică, modelare, repetiţie comportamentală, consolidare şi automonitorizare.
2. **Trainingul relaxării** poate să fie trainingul relaxării musculare progresive sau trainingul relaxării aplicate; este cel mai util pentru TAG. Găsiţi argumentaţia în favoarea relaxării musculare progresive în Capitolul 7. Instrucţiunile pentru relaxarea musculară progresivă pentru 10 grupe de muşchi se găsesc în Tabelul 7.5, iar în Tabelul 7.6 găsiţi o prezentare generală a relaxării aplicate. Recomandaţi ca temă de casă exerciţii de relaxare musculară progresivă şi înregistraţi antrenamentele zilnice în Fişa exerciţiilor săptămânale de relaxare musculară progresivă (Anexa 7.4)
3. **Controlul respiraţiei** – Tabelul 8.9 (capitolul despre tulburarea de panică) descrie protocolul pentru controlul respiraţiei diafragmatice.